

Altre patologie presenti

Medico di medicina generale (cognome e nome)

Specialista di riferimento (cognome e nome)

(E' possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)

QUADRO C – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE (nel quale si realizza il progetto)

- che la composizione del nucleo familiare convivente è la seguente:

Numero persone di cui con disabilità

QUADRO D – LISTA ATTESA VITA INDIPENDENTE REGIONALE

- di essere collocato in lista di attesa per il contributo per progetti di vita indipendente di cui alla DGR n.117/2022

(NO) (barrare)

(SI) a far data dal

QUADRO E - CONTINUITA' CON PROGETTO INAUT ANNUALITA' 2021

- di essere beneficiario del contributo a sostegno del proprio progetto InAut annualità 2021

(NO) (barrare)

(SI) a far data dal

RICHIEDE

un contributo per il sostegno al proprio progetto di vita indipendente

QUADRO F – OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

- supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo;
- formazione universitaria, dottorato o master post-laurea;
- sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti;
- sostegno al ruolo genitoriale;
- percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti);
- sostegno alle attività quotidiane e domestiche;
- accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive;
- accompagnamento per attività associative o di volontariato;
- altro (specificare)

(E' possibile barrare uno o più obiettivi)

Nel caso di più obiettivi progettuali, il punteggio è assegnato all'obiettivo prevalente, intendendo

con questo, l'obiettivo sul quale sono allocate le maggiori spese.

CON RIFERIMENTO AL/AI SOLO/I OBIETTIVO/I BARRATO/I, SPECIFICARE:

Supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo:

Data avvio:

Specificare nome e sede attività

Formazione universitaria, dottorato o master post-laurea:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

Sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli

Età con disabilità **(SI)** **(NO)** (barrare)

Numero settimane di gravidanza

Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine:

Data avvio:

Se de-istituzionalizzazione, indicare struttura di provenienza

Se uscita dal nucleo familiare di origine, indicare se housing-cohousing

Accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti):

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

Sostegno alle attività quotidiane e domestiche:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

Accompagnamento per attività associative o di volontariato:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

Altro da specificare:

.....
.....
.....
.....
.....

QUADRO G – DURATA DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Indicare numero di mesi per i quali si richiede il contributo
(durata minima 6 mesi; durata massima 12 mesi)

QUADRO H – SPESE PREVISTE E PIANO ECONOMICO MENSILE DI PROGETTO

(Elenco delle spese ammissibili, barrare quelle previste e specificare quanto richiesto per ciascun obiettivo progettuale prescelto nel quadro F)

CON RIFERIMENTO ALL’OBIETTIVO (indicato nel quadro F).....

SPECIFICARE:

- Assistente personale
 - Numero assistenti
 - Numero ore contrattualizzate
 - Spesa media mensile

- Housing, Cohousing, altre forme di abitare sociale
 - Spese affitto (indicare importo mensile)
 - Materiale di consumo (indicare oggetto e spesa media mensile)
 - Utenze (indicare oggetto e spesa media mensile)

- Trasporto
 - Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)
 - Privato (indicare oggetto e spesa mensile)
 - Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL’OBIETTIVO (indicato nel quadro F).....

SPECIFICARE:

- Assistente personale
 - Numero assistenti
 - Numero ore contrattualizzate
 - Spesa media mensile

- Housing, Cohousing, altre forme di abitare sociale
- Spese affitto(indicare importo mensile)
- Materiale di consumo (indicare oggetto e spesa media mensile)
- Utenze (indicare oggetto e spesa media mensile)

- Trasporto
- Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)
- Privato (indicare oggetto e spesa mensile)
- Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO (indicato nel quadro F).....
SPECIFICARE:

- Assistente personale
- Numero assistenti
- Numero ore contrattualizzate
- Spesa media mensile

- Housing, Cohousing, altre forme di abitare sociale
- Spese affitto(indicare importo mensile)
- Materiale di consumo (indicare oggetto e spesa media mensile)
- Utenze (indicare oggetto e spesa media mensile)

- Trasporto
- Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)
- Privato (indicare oggetto e spesa mensile)
- Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

La titolarità e la responsabilità nella scelta dell'assistente personale e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente.

QUADRO I – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE

1) Prestazioni/ interventi domiciliari in forma indiretta:

- contributo per progetto Vita Indipendente
- contributo Disabilità Gravissime
- contributo SLA
- contributo Home Care Premium
- contributo a valere sul Fondo Sociale Europeo
- altro tipo di titolo/assegno/contributo per l'acquisto di servizi, per il sostegno alle funzioni assistenziali, per l'assunzione di un assistente personale o un caregiver familiare (specificare))

2) Interventi di cui alla L.112/2016 (cosiddetto Dopo di noi), limitatamente ai servizi di tipo residenziale rientranti nell'ambito B di cui alla DGR 753/2017

(SI) (NO) (barrare)

3) Inserimento permanente in una struttura residenziale;

(SI) (NO) (barrare)

Si ricorda che l'eventuale erogazione del contributo, nel caso in cui la persona risultasse beneficiaria del contributo per l'intervento InAut, è subordinata alla presentazione di formale rinuncia alla fruizione di tali interventi o prestazioni.

Ai fini di una corretta e completa valutazione, è possibile descrivere i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto:

Alla presente domanda, sono allegati (*specificare il numero e la tipologia*):

n° allegati

Tipologia

Informazioni sul trattamento dei dati personali forniti con il presente modulo ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (RGPD)

Il sottoscritto è consapevole che i dati personali sono raccolti e trattati dall'Azienda Usl Toscana sud est Titolare del trattamento nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e dal D.Lgs. n.196/2003 per finalità di rilevante interesse pubblico, in particolare per l'espletamento delle attività di attuazione dell'Avviso pubblico per la presentazione delle domande di partecipazione all'intervento a valere sul Fondo non autosufficienza 2019 -2021 (seconda annualità) di cui alla DGRT n. 814 del 29/06/2020 e DGRT n.1178 del 25/08/2020 e ss.mm.ii, denominato "Indipendenza e Autonomia- InAut.

Il consenso dell'interessato, di cui agli artt. 6 comma 1 lettera a) e 9 comma 2 lettera a) del RGPD, non rappresenta base giuridica necessaria per la liceità del trattamento. Le basi giuridiche del trattamento sono da individuarsi nell'art. 6 paragrafo 1 lett. e) e per le "categorie particolari di dati" nell'art. 9 paragrafo lett. g) del RGPD.

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio ai fini della valutazione della domanda e della verifica dei requisiti di partecipazione.

Il trattamento avviene in modo lecito, corretto e trasparente, limitato a quanto necessario rispetto alle finalità e si svolge con modalità anche informatizzate. I dati possono essere comunicati a terzi unicamente per l'adempimento di disposizioni di legge o di regolamento, e sono conservati in una forma che consente l'identificazione dei partecipanti in conformità ai tempi di conservazione indicati nel documento di riferimento aziendale denominato Prontuario di scarto, ovvero 5 anni.

I dati non saranno diffusi. I dati non sono oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea.

Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Usl Toscana sud est.

Allegato B

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori dell'Azienda (designati preposti e incaricati) o da soggetti esterni espressamente nominati quali responsabili del trattamento.

L'interessato ha diritto di ottenere dal Titolare, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali, la rettifica o l'integrazione degli stessi, la limitazione del trattamento e di opporsi al trattamento (artt.15 e ss. del Regolamento UE 2016/679), scaricando l'apposito modello dal sito istituzionale www.uslsudest.toscana.it, "Privacy/Privacy in Azienda/Documentazione Aziendale/Modello esercizio diritti in materia di protezione dei dati personali".

Sempre sul sito istituzionale all'indirizzo www.uslsudest.toscana.it/privacy/privacy-in-azienda/documentazione-aziendale-rpd è consultabile l'informativa generale dell'Azienda sul trattamento dei dati.

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei loro dati personali avvenga in violazione di quanto previsto dalla disciplina in materia di protezione dei dati personali hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento (UE) 2016/679, o di adire le opportune sedi giudiziarie ai sensi dell'art. art. 79 del Regolamento citato.

Dati di contatto

Titolare del trattamento dei dati Azienda Usl Toscana sud est, sede legale in via Curtatone, 54, 52100, Arezzo. Rappresentante Legale: Direttore Generale pro tempore, tel.0575 254102, e-mail direttoregenerale@uslsudest.toscana.it, PEC ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

Responsabile per la protezione dei dati personali, tel.0575 254156, e-mail: privacy@uslsudest.toscana.it

Autorità di controllo: Garante per la protezione dei dati personali, www.garanteprivacy.it, e-mail garante@gpdp.it

DICHIARA

di avere letto e compreso le informazioni fornite ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679

Data _____ Firma _____

