



Regione Toscana

GIOVANI si



**Azienda
USL
Toscana
sud est**

Servizio Sanitario della Toscana

Modulo per la presentazione della domanda di partecipazione all'intervento "Indipendenza e Autonomia – InAut" (D.G.R.T. 759/2023 "Linee di indirizzo regionali per la presentazione dei progetti di vita indipendente" – quarta annualità)

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome _____

nato/a il |__|__|__|__|__|__|__|__| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.zza _____ n _____

CAP _____ Tel. _____

con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____

Via/P.zza _____ n _____

CAP _____ Tel. _____

Codice Fiscale: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di posta elettronica _____

Stato civile ^{a)} _____ Cittadinanza ^{b)} _____

Vedi note

In caso di presentazione da parte di altro soggetto:

QUADRO A1 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome/Nome _____

in qualità di (*genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.*)

_____ del sotto indicato beneficiario:

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome _____

nato/a il |__|__|__|__|__|__|__|__| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.za _____ n _____

CAP _____ Tel. _____ con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____ Via/P.zza _____ n _____ CAP _____ Tel. _____ Codice Fiscale: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ Indirizzo di posta elettronica _____ Stato civile ^{a)} _____ Cittadinanza ^{b)} _____ <u>Vedi note</u>
--

NOTE:

a) Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n rilasciata alla Questura di con scadenza il o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data Rifugiato politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data)

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

CHIEDE

di poter partecipare all'intervento InAut. A tale scopo

DICHIARA

QUADRO B – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE DI SALUTE

- di essere in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92 (barrare) **(SI) (NO)**

- di essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale, non inferiore al 100% (barrare) **(SI) (NO)**

- diagnosi principale

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 a valere sui fondi regionali (barrare) **(NO)**

(SI) a far data dal

QUADRO E

- di essere beneficiario del contributo a sostegno del proprio progetto InAut:

(barrare) **(NO)**

(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, associative, di volontariato o per il tempo libero.

(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, associative, di volontariato o per il tempo libero:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

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)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO INDICATO
NEL QUADRO F, SPECIFICARE:

- Assistente personale/ altra figura professionale
Numero assistenti/ altri professionisti
(se figura professionale, specificare tipologia
Numero ore contrattualizzate
Spesa media mensile
- Housing, co-housing, 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/ altra figura professionale
Numero assistenti/ altri professionisti
(se figura professionale, specificare tipologia
Numero ore contrattualizzate
Spesa media mensile
- Housing, co-housing, 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/ altra figura professionale
Numero assistenti/ altri professionisti
(se figura professionale, specificare tipologia
Numero ore contrattualizzate
Spesa media mensile
- Housing, co-housing, 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 o di altra figura professionale 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 per il caregiver familiare;
(specificare)

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi):

(SI) (NO) (barrare)

3) Inserimento permanente in una struttura residenziale:

(SI) (NO) (barrare)

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 _____

DICHIARA INFINE

QUADRO L - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno:
Cognome/Nome _____
nato/a il |__|__|__|__|__|__|__|__| a _____ Prov. _____
e residente in _____
Via/P.za. _____ n _____
CAP _____ Tel. _____
Codice Fiscale: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

Data _____ **Firma** _____

OPPURE

QUADRO M - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE ¹
La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).
Il sottoscritto (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra
(Cognome/Nome) _____
della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____
Data _____ Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma per esteso)
Firma _____

¹ Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.

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 relative all'Avviso Pubblico per la presentazione delle domande di partecipazione all'intervento a valere sul Fondo non autosufficienza 2022-2024 (quarta annualità) di cui alla DGRT 759 del 03/07/2023 e Decreto Dirigenziale n.15612 11/07/2023 denominato "Indipendenza e Autonomia – InAut", nonché ai fini della gestione del rapporto per l'erogazione dei servizi richiesti. 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 2 lett. g) del RGPD. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio ai fini della valutazione della domanda e della verifica dei requisiti di partecipazione, nonché della successiva gestione relativa all'erogazione dei servizi/contributi attribuiti ai beneficiari (comprensiva delle attività di rendicontazione e di verifica). 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. I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori dell' Azienda autorizzati al trattamento dei dati personali (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-inazienda/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. 0575254156, e-mail: privacy@uslsudest.toscana.it

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

Il sottoscritto o suo ADS DICHIARA di aver letto e compreso le informazioni fornite ai sensi dell'art.13 Regolamento UE 2016/679

Data _____ FIRMA _____