



Regione Toscana

GIOVANI SÌ



**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")

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 *rappresentante legale* 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)} _____

Vedi note

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 disabilità 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

- 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 E – 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 F – 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 G – 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 E, 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 E, 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 E, 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 H – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE

1) Prestazioni/ interventi domiciliari in forma indiretta:

☐ contributo per progetto vita indipendente a valere sul Fondo Sociale Europeo

☐ contributo disabilità gravissime

☐ contributo SLA

☐ contributo Home Care Premium

☐ altro 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

____ Autorizzo il trattamento dei miei dati contenuti nella presente domanda ai sensi del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 si rappresenta che l'Azienda Usl Toscana sud est, in qualità di titolare del trattamento (con sede in Via Calamandrei, 173, 52100 Arezzo, PEC ausltoscanasudest@postacert.toscana.it), tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo con modalità anche informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. 30 giugno 2003, n.196 e s.m.i.), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la loro mancata indicazione non consente di porre in essere il procedimento attivato con il presente modulo. I dati acquisiti nell'ambito della procedura saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori dell'Azienda (designati preposti e incaricati) o di soggetti esterni espressamente nominati come responsabili del trattamento. Al di fuori di queste ipotesi, i dati non saranno diffusi, né saranno comunicati a terzi, fatti salvi i casi in cui si renda necessario comunicarli ad altri soggetti coinvolti nell'attività istruttoria e nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.

Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Azienda, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt.15 e ss. del Regolamento UE 2016/679).

L'apposita istanza all'Azienda è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati (privacy@uslsudest.toscana.it) 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".

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. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Usl Toscana sud est. Il soggetto interno preposto al trattamento nell'ambito delle attività di competenza è la Responsabile UFAS Zona Distretto Colline dell'Albegna: i restanti soggetti che, a vario titolo, intervengono nei processi gestionali e tecnico-amministrativi, sono autorizzati al trattamento per lo specifico ambito di competenza e adeguatamente istruiti in tal senso. Nel caso in cui un soggetto esterno svolga attività per conto dell'Azienda, lo stesso viene espressamente designato quale responsabile del trattamento.

Data _____ **Firma** _____

DICHIARA INFINE

QUADRO I - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta dal rappresentante legale:

Cognome/Nome _____

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

e residente in _____

Via/P.za. _____ n _____

CAP _____ Tel. _____

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

Estremi del provvedimento di nomina (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

Data _____ Firma _____

OPPURE

QUADRO L - 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.