Regione Toscana GIOVANISÌ

Azienda USL Toscana sud est
Servizio Sanitario della Toscana

ZONA DISTRETTO VALDARNO

Fac-simile 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 (*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)]_____

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 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: …….. (n. ore, numero mesi)
Specificare ente e sede: ……

Sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti:
Data avvio: …….
Durata: …….. (n. 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: …….. (n. ore, numero mesi)
Specificare ente e sede: ……

Sostegno alle attività quotidiane e domestiche:
Data avvio: …….
Durata: …….. (n. ore, numero mesi)

Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive, associative, di volontariato o per il tempo libero:
Data avvio: …….
Durata: …….. (n. 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.