



GIOVANI SI'



Allegato 1

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 DELL’ASPIRANTE 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 – GENERALITÀ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome/Nome _____

in qualità di amministratore di sostegno:

DATI ANAGRAFICI DELL'ASPIRANTE BENEFICIARIO

Cognome/Nome

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

e residente in _____

Via/P.za	n
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

CAP Tel.

con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____

Via/P.zza n.

CAP _____ Tel. _____

[illegible]



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, con punteggio 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)

Allegare certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3, co. 3, L. 104/92 e/o riconoscimento invalidità rilasciata da una commissione medico legale con punteggio non inferiore al 100%

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 già 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 indipendenza e autonomia

QUADRO E – OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO INAUT

- ☐ 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.

(È 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 risorse.

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: (numero ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

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

Data avvio:

Durata: (numero ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli

Età figlio1.....con disabilità (SI) (NO) (barrare)

Età figlio2.....con disabilità (SI) (NO) (barrare)

Età figlio3.....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 si tratta di housing-cohousing: (SI) (NO)
(barrare)Accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti):

Data avvio:

Durata: (numero ore settimanali e numero mesi)

Specificare ente e sede:

Sostegno alle attività quotidiane e domestiche:

Data avvio:

Durata: (numero ore settimanali e numero mesi)

Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive, associative, di volontariato o per il tempo libero:

Data avvio:

Durata: (numero ore settimanali e numero mesi)

Specificare ente e sede:

QUADRO F – DURATA DEL PROPRIO PROGETTO

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 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 H – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI GIÀ SI BENEFICIA

1) Prestazioni/ interventi domiciliari in forma indiretta:

- ☐ contributo per progetto vita indipendente
☐ contributo disabilità gravissime
☐ contributo SLA
☐ contributo Home Care Premium



Regione Toscana

GIOVANI SI'



- ☐ 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)

Descrizione del progetto di vita indipendente

Ai fini di una corretta e completa valutazione, 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:

certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, co. 3, L. 104/92

e/o

riconoscimento invalidità rilasciato da una commissione medico legale con punteggio non inferiore al 100%

e documento di identità dell'aspirante beneficiario (in caso di presentazione della domanda da parte del genitore o dell'amministratore di sostegno, si chiede di allegare anche il relativo documento di identità)

È possibile allegare eventuale altra documentazione (specificare)

Data _____

c)
Firma di chi presenta la domanda

c) aspirante beneficiario o genitore dell'aspirante beneficiario. Nel caso di amministratore di sostegno compilare e firmare il successivo QUADRO I.



GIOVANI SI'



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):

*** si allega Giuramento**

Data	Firma
1	1
2	1
3	1
4	1
5	1
6	1
7	1
8	1
9	1
10	1
11	1
12	1
13	1
14	1
15	1
16	1
17	1
18	1
19	1
20	1
21	1
22	1
23	1
24	1
25	1
26	1
27	1
28	1
29	1
30	1
31	1
32	1
33	1
34	1
35	1
36	1
37	1
38	1
39	1
40	1
41	1
42	1
43	1
44	1
45	1
46	1
47	1
48	1
49	1
50	1
51	1
52	1
53	1
54	1
55	1
56	1
57	1
58	1
59	1
60	1
61	1
62	1
63	1
64	1
65	1
66	1
67	1
68	1
69	1
70	1
71	1
72	1
73	1
74	1
75	1
76	1
77	1
78	1
79	1
80	1
81	1
82	1
83	1
84	1
85	1
86	1
87	1
88	1
89	1
90	1
91	1
92	1
93	1
94	1
95	1
96	1
97	1
98	1
99	1
100	1
101	1
102	1
103	1
104	1
105	1
106	1
107	1
108	1
109	1
110	1
111	1
112	1
113	1
114	1
115	1
116	1
117	1
118	1
119	1
120	1
121	1
122	1
123	1
124	1
125	1
126	1
127	1
128	1
129	1
130	1
131	1
132	1
133	1
134	1
135	1
136	1
137	1
138	1
139	1
140	1
141	1
142	1
143	1
144	1
145	1
146	1
147	1
148	1
149	1
150	1
151	1
152	1
153	1
154	1
155	1
156	1
157	1
158	1
159	1
160	1
161	1
162	1
163	1
164	1
165	1
166	1
167	1
168	1
169	1
170	1
171	1
172	1
173	1
174	1
175	1
176	1
177	1
178	1
179	1
180	1
181	1

OPPURE

QUADRO L - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE ^{d)}

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 _____

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