



Regione Toscana

GIOVANI SÌ



Servizio Sanitario della Toscana

Modulo per la presentazione della domanda di partecipazione all'intervento "Indipendenza e autonomia – InAut"

(D.G.R.T. 814/2020, D.G.R.T. 1178/2020 "Piano per la Non Autosufficienza 2019-2021: Linee di indirizzo regionali per la presentazione dei progetti di vita indipendente", D.G.R.T. 117/2022 e Decr. Dir. 11631/2022)

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)} _____
<u>Vedi note</u>	

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

- 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 di cui alla DGR 117/2022 **(NO)** (barrare)

(SI) a far data dal

QUADRO E

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

(NO) (barrare)

(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;
- ☐ 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 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
 - Numero assistenti
 - 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
 - Numero assistenti
 - 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
 - Numero assistenti
 - 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 e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente.

QUADRO F – 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

Data **Firma**

(La firma deve essere apposta dal Richiedente/Beneficiario che non è rappresentato da alcun amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore. La mancata sottoscrizione comporta automatica esclusione dalla procedura di che trattasi.)

ALLEGO COPIA FOTOSTATICA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'.

DICHIARA INFINE

QUADRO C - 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** _____

(La firma deve essere apposta dall'Aministratore di Sostegno/Tutore/Curatore previa compilazione del quadro C. La mancata sottoscrizione comporta automatica esclusione dalla procedura di che trattasi.)

OPPURE

QUADRO D - 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 _____
(La firma deve essere apposta dal Pubblico Ufficiale nel caso di impedimento alla sottoscrizione da parte del Beneficiario/Richiedente. La mancata sottoscrizione comporta automatica esclusione dalla procedura di che trattasi.)

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

ALLEGRO COPIA FOTOSTATICA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO / TUTORE / CURATORE E DEL BENEFICIARIO.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO CAMPANI

DATA FIRMA: 14/09/2022 15:04:10

IMPRONTA: 36323562313362303566383535396461386137666463366332353838663738313034653363383865