



Regione Toscana

GIOVANI si



Allegato B

ZONA DISTRETTO VALDARNO

**Fac-simile modulo per la presentazione della domanda
di partecipazione all'intervento "Indipendenza e autonomia – InAut"**

(D.G.R.T. 814/2020 e ssmmii "Piano per la Non Autosufficienza 2019-2021: 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)} _____
<i>Vedi note</i>

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 1329/2015 e ssmmii (barrare la voce che interessa) **(NO)** **(SI)** a far data dal

QUADRO E

- di essere beneficiario del contributo a sostegno del proprio progetto InAut: (barrare la voce che interessa)

(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

- a) supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo;
- b) formazione universitaria, dottorato o master post-laurea;
- c) sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti;
- d) sostegno al ruolo genitoriale;
- e) percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- f) accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti);
- g) sostegno alle attività quotidiane e domestiche;
- h) accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive;
- i) accompagnamento per attività associative o di volontariato
- j) altro _____

N.B. (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:

a) Supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo:

Data avvio:

Specificare nome e sede attività

b) Formazione universitaria, dottorato o master post-laurea:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

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

Data avvio:
Durata: (num ore, numero mesi)
Specificare ente e sede:

d) Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli
Età con disabilità (SI) (NO) (barrare)
Numero settimane di gravidanza

e) 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

f) Accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti):

Data avvio:
Durata: (num ore, numero mesi)
Specificare ente e sede:

g) Sostegno alle attività quotidiane e domestiche:

Data avvio:
Durata: (num ore, numero mesi)

h) Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive:

Data avvio:
Durata: (num ore, numero mesi)
Specificare ente e sede:

i) Accompagnamento per attività associative o di volontariato:

Data avvio:
Durata: (num ore, numero mesi)
Specificare ente e sede:

Altro da specificare:

.....
.....
.....

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 per ciascun obiettivo progettuale prescelto nel quadro F)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO (indicato nel quadro F).....

SPECIFICARE:

Assistente personale

Numero assistenti

Numero ore contrattualizzate

Spesa media mensile

Housing, Cohousing, 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

Numero assistenti

Numero ore contrattualizzate

Spesa media mensile

Housing, Cohousing, 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

Numero assistenti

Numero ore contrattualizzate

Spesa media mensile

Housing, Cohousing, 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 I – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE

1) Prestazioni/ interventi domiciliari in forma indiretta:

- o contributo per progetto vita indipendente
- o contributo disabilità gravissime
- o contributo SLA
- o contributo Home Care Premium
- o contributo a valere sul Fondo Sociale Europeo
- o 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
- o (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
