



Regione Toscana



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 (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)



Regione Toscana



- che la composizione del nucleo familiare convivente è la seguente:

Numero persone totali del nucleo di cui con disabilità (*n. totale escludendo il richiedente*)

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 (*N.B. Il tempo di permanenza in lista e in riferimento alla data di presentazione della domanda, è rilevato d'ufficio dalla Società della Salute di Firenze*).

QUADRO E

- di essere beneficiario del contributo a sostegno del proprio progetto InAut: (*barrare*)

NO

SI (*i periodi finanziati ed il relativo punteggio sono rilevati d'ufficio dalla Società della Salute di Firenze*).

RICHIEDE

un contributo per il sostegno al proprio progetto di vita indipendente

QUADRO F – OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

- F1) supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo;
- F2) formazione universitaria, dottorato o master post-laurea;
- F3) sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti;
- F4) sostegno al ruolo genitoriale;
- F5) percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- F6) accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti);
- F7) sostegno alle attività quotidiane e domestiche;
- F8) 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, come vengono indicate al **Quadro H**.

CON RIFERIMENTO AL/AI SOLO/I OBIETTIVO/I BARRATO/I, SPECIFICARE

(compilare i punti sottostanti limitatamente agli obiettivi riferiti al proprio progetto di vita, così come individuati – barrandoli - nella sezione precedente)

F1) Supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo:

Data avvio: _____

Specificare nome e sede attività: _____



F2) Formazione universitaria, dottorato o master post-laurea:

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

F3) Sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti:

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

F4) Sostegno al ruolo genitoriale:

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

F5) 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 _____

F6) Accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti):

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

F7) Sostegno alle attività quotidiane e domestiche:

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

F8) 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 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.



N.B. Per ognuno degli obiettivi barrati al quadro F, occorre riportare di seguito, negli appositi spazi e in modo distinto, i dati richiesti, riportando anche, negli spazi segnati con i puntini, il testo descrittivo degli obiettivi stessi.

ATTENZIONE: ogni obiettivo va indicato separatamente dagli altri individuati. Non accorpare più obiettivi. Qualora la stessa spesa sia riferibile a più obiettivi – ad esempio la spesa per lo stesso assistente personale, se utilizzato per più obiettivi – va ripartita tra i vari obiettivi interessati, secondo valutazioni proprie del richiedente, al fine di evitare che la spesa stessa risulti duplicata, rendendo incoerente il piano di spesa complessivo). Le varie spese indicate, infatti, nei vari obiettivi vengono sommate per determinare la spesa complessiva richiesta.

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO.....
INDICATO NEL QUADRO F, SPECIFICARE:

- Assistente personale/ altra figura professionale
 Numero assistenti/ altri professionisti _____
 (se figura professionale diversa, specificare tipologia _____)
 Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
 Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)
- 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 diversa, specificare tipologia _____)
 Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
 Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)
- 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 diversa, specificare tipologia _____)
Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)

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 diversa, specificare tipologia _____)
Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)

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)

Se vi sono altre spese da indicare relativamente ad altri obiettivi indicati al quadro F, utilizzare la pagina integrativa allegata al fac-simile della domanda.



Regione Toscana



TOTALE CONTRIBUTO MENSILE RICHIESTO (sommare le varie voci elencate per i vari obiettivi):

€ _____

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

(riportare di seguito le prestazioni/servizi/interventi di cui già la persona richiedente 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

Si ricorda che nel caso in cui la persona risultasse vincitrice del contributo per l'intervento InAut, gli altri contributi dovranno essere interrotti, essendo prestazioni non compatibili tra loro (dovrà pertanto essere presentata formale rinuncia).

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi): (barrare)

- (SI)
- (NO)

3) Inserimento permanente in una struttura residenziale: (barrare)

- (SI)
- (NO)

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 (questa parte va compilata obbligatoriamente):

Alla presente domanda, sono allegati (specificare il numero e la tipologia):

n° |__|__| allegati.



Regione Toscana



Tipologia:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

SOTTOSCRIZIONE DELLA DOMANDA (importante: sottoscrivere ANCHE l’informativa ed il consenso al trattamento dei dati) – Firmare qui se la domanda è stata compilata dal diretto interessato:

Data: _____ Firma _____

N.B. ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA’ IN CORSO DI VALIDITA’

QUADRO L - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da altri come indicato nel quadro A1 (genitore – figlio – coniuge - Amministratore di sostegno/Tutore/legale rappresentante):

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 _____

N.B. ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA’ IN CORSO DI VALIDITA’ sia di chi sottoscrive la domanda e del diretto interessato.

OPPURE



Regione Toscana



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.*



Informativa sulla *privacy* ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 in relazione al progetto InAut (anno 2020) - D.G.R.T. 759/2023 “Linee di indirizzo regionali per la presentazione dei Progetti di vita indipendente denominati Indipendenza e Autonomia – InAut. A valere sul Fondo per la Non Autosufficienza 2022-2024 e Provvedimento del Direttore della Società della Salute di Firenze n. 48/2023 e successiva modifica

<i>Descrizione del presente documento</i>	Con la presente informativa la Società della Salute di Firenze, quale titolare del trattamento, descrive come vengono raccolti, utilizzati, condivisi e conservati i dati personali delle persone richiedenti l'attivazione del progetto InAut di cui alla 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” e al Provvedimento del Direttore della Società della Salute di Firenze n. 40/2020.
<i>Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati</i>	Titolare del trattamento è la Società della Salute di Firenze, con sede in Firenze, Viale della Giovine Italia n 1/1, 50122, e-mail: direttore@sds.firenze.it , pec: segreteria@pec.sds.firenze.it . Responsabile della protezione dei dati è l'Avv. Michele Morriello, con sede in Firenze, Viale A. Gramsci n. 53, e-mail.: sds@dpo-rpd.eu
<i>Fonte dei dati personali</i>	I dati personali raccolti sono quelli forniti al momento della sottoscrizione del piano di spesa e di accettazione del buono servizio.
<i>Trattamento dei dati personali</i>	I dati personali, compresi i c. d. dati sensibili, sono trattati esternamente presso il domicilio o la residenza delle persone beneficiarie dei buoni servizio per il tempo strettamente necessario e per finalità esclusivamente di assistenza e di riabilitazione oppure per finalità di rendicontazione a fini amministrativi ed economici e al solo fine della realizzazione del progetto.
<i>Comunicazione dei dati</i>	I dati personali delle persone richiedenti non saranno comunicati a terzi salvo i casi di seguito descritti e previo consenso dei diretti interessati: <ul style="list-style-type: none"> - a fornitori di servizi informatici per la gestione informatizzata dei documenti; - a soggetti istituzionali per fini istituzionali quali l'Azienda USL Toscana Centro, le aziende ospedaliere universitarie, il Comune di Firenze e eventuali altri Comuni, le Autorità Giudiziarie, le Forze di polizia, la Regione Toscana, il Ministero della Salute, ecc..
<i>Trasferimento internazionali dei dati</i>	I dati personali saranno trattati esclusivamente all'interno del territorio italiano ed europeo. Non saranno inviati in altri paesi extraeuropei.
<i>Sicurezza</i>	Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza e di protezione organizzative, amministrative e tecniche con particolare riferimento ai dati informatizzati per garantire l'utilizzo dei dati soltanto per il tempo strettamente necessario e soltanto da parte degli operatori, sia esterni che interni alla Società della Salute di Firenze, secondo le rispettive competenze e al solo fine della realizzazione del progetto, cioè dello scopo istituzionale per il quale sono stati raccolti.
<i>Conservazione dei dati</i>	Secondo la normativa specifica in materia di conservazione e di archiviazione dei documenti, la documentazione inerente il progetto in questione sarà conservata per 10 anni a decorrere dal momento in cui sono cessate le relative prestazioni.
<i>Accesso ai propri dati personali e diritti degli</i>	Le persone dirette interessate o i soggetti legittimati in loro rappresentanza (tutore, curatore, amministratore di sostegno, procuratore, delegato) possono



Regione Toscana



<i>interessati</i>	<p>in qualsiasi momento accedere ai propri dati e chiedere eventuali aggiornamenti, rettifiche o cancellazioni, oppure possono chiedere che i loro dati personali siano rimossi dagli archivi della Società della Salute di Firenze (in base al c.d. diritto all'oblio introdotto dal Regolamento UE n. 679/2016). Gli utenti possono revocare il consenso all'utilizzo dei propri dati c.d. sensibili in qualsiasi momento. In tal caso non sarà più possibile continuare a erogare le prestazioni socio-sanitarie connesse a tali dati.</p> <p>Infine, le persone interessate possono chiedere in qualsiasi momento una copia oppure una revisione e/o ricognizione dei propri dati detenuti e conservati dalla Società della Salute di Firenze</p> <p>Le persone possono esercitare i loro diritti come sopra descritto scrivendo al seguente indirizzo e-mail: direttore@sds.firenze.it.</p>
<i>Quesiti o reclami</i>	<p>Per ulteriori dettagli e maggiori informazioni è sempre possibile contattare il titolare del trattamento o il Responsabile della protezione dei dati agli indirizzi e-mail sopra evidenziati.</p> <p>E' sempre possibile contattare direttamente l'Autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali) con sede in Piazza Montecitorio n. 121, 00186, Roma, tel. 06/696771, e-mail: garante@gpdp.it, pec: protocollo@pec.gpdp.it.</p>

Data: ____ / ____ / _____

Per presa visione: _____
(firma)

Per consenso espresso al trattamento dei dati c.d. sensibili di cui alle categorie dell'art. 9 del Regolamento UE n. 679/2016

(firma)

LA DATA DI SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E' FISSATA PER IL 14 OTTORE 2023 (30 GIORNI DAL 15 SETTEMBRE 2023)



PAGINA INTEGRATIVA - **DA UTILIZZARE SOLO** NEL CASO IN CUI GLI OBIETTIVI INDICATI AL QUADRO F SIANO MAGGIORI DI 4 E QUINDI NON SIANO SUFFICIENTI GLI SPAZI INDIVIDUATI AL QUADRO H: pag. 5-6-7) – indicare presenza tra gli allegati

INTEGRAZIONI AL QUADRO H – SPESE PREVISTE E PIANO ECONOMICO MENSILE DI PROGETTO

CON RIFERIMENTO ALL’OBIETTIVO.....
INDICATO NEL QUADRO F, SPECIFICARE:

- Assistente personale/ altra figura professionale
 Numero assistenti/ altri professionisti _____
 (se figura professionale diversa, specificare tipologia _____)
 Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
 Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)

- 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 diversa, specificare tipologia _____)
 Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
 Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)

- 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 diversa, specificare tipologia _____)
 Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
 Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)

- 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 diversa, specificare tipologia _____)
 Numero ore che si prevede di contrattualizzate _____ (indicare se settimanali o mensili)
 Spesa media mensile _____ (inserire la somma media prevista, comprensiva di TFR/13^/contributi previdenziali)

- 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)

SOTTOSCRIZIONE PAG.INTEGRATIVA _____
(firma beneficiario o legale rappresentate)