

**Allegato n. A3 Richiesta di rimborso del destinatario**



**RICHIESTA RIMBORSO SPESE**

**PROGETTO: "PROGETTIVITA INDIPENDENTE FSE+ FIRENZE"**

**CODICE PROGETTO: 316717**

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Obiettivo/i progettuale/i Vita Indipendente:

**RICHIESTA RIMBORSO PER MESE E ANNO:**

**DETTAGLIO SPESE SOSTENUTE:**

Tipologia di servizio	Giustificativi allegati	Importo richiesto
<b>TOTALE:</b>		

Si richiede pertanto il rimborso delle spese sostenute per il progetto di Vita Indipendente.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del destinatario  
(o suo rappresentante legale, se nominato)

\_\_\_\_\_

## Allegato n. A4 Piano di Spesa

Avviso: **“Progetti di sostegno alla vita indipendente e inclusione nella società”**

Progetto: **“PROGETTI VITA INDIPENDENTE FSE+ FIRENZE”**

Codice Progetto: 316717

Nome e cognome del destinatario	
Codice fiscale	
Residenza	
Se nominato, nome e cognome del rappresentante legale	
Obiettivo del progetto di Vita Indipendente	
Durata del progetto di Vita Indipendente (indicare numero mesi)	

### PIANO DI SPESA

<b>Tipologia di servizio</b>	<b>Importo mensile assegnato</b>	<b>Documentazione di supporto</b> (indicare la documentazione come da art. 12 dell'avviso dell'ambito territoriale)
<b>1. Spese di personale</b>		
a) Assistente personale		
b) Fisioterapista		
<b>2. Spese di trasporto</b>		
a) Trasporto pubblico		
b) Trasporto privato sociale		
<b>3. Spese di iscrizione ad attività sportive</b>		
<b>A) Importo mensile totale assegnato</b>	<b>B) Durata del piano di spesa</b> (indicare numero mesi)	<b>C) Importo totale assegnato del piano di spesa (C=AxB)</b>

L'importo assegnato (A e C) rappresenta il contributo massimo erogabile. Il contributo è erogato sulla base della rendicontazione mensile.

Il contributo assegnato s'intende consolidato fino alla conclusione del progetto, anche al modificarsi della condizione socioeconomica della persona con disabilità.

La persona con disabilità (o suo rappresentante legale, se nominato), con la sottoscrizione del presente piano di spesa,

**SI IMPEGNA A**

- a. utilizzare il contributo economico per gli obiettivi e i servizi del progetto di Vita Indipendente approvato;
- b. comunicare preventivamente alla Società della Salute / Zona distretto di riferimento eventuali variazioni del Piano di Spesa ai fini delle necessarie valutazioni;
- c. presentare la rendicontazione delle spese sostenute secondo le modalità e la periodicità stabilite dalla Società della Salute / Zona distretto competente;
- d. consentire al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione degli obiettivi del progetto di Vita Indipendente approvato;
- e. rispettare ogni altra disposizione prevista dall'Avviso *Pubblico*

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma del Destinatario  
(o suo rappresentante legale, se nominato)

Firma del Soggetto  
beneficiario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VARIAZIONE** al Piano di spesa per \_\_\_\_\_ (destinatario),  
sottoscritto in data \_\_\_\_\_

Rimodulazione dell'articolazione del contributo sulle diverse tipologie di spese ammissibili

<b>Tipologia di servizio</b>	<b>Importo mensile assegnato</b>	<b>Documentazione di supporto</b> (indicare la documentazione come da art. 12 dell'avviso dell'ambito territoriale)
<b>1. Spese di personale</b>		
a) Assistente personale		
b) Fisioterapista		
<b>2. Spese di trasporto</b>		
a) Trasporto pubblico		
b) Trasporto privato sociale		
<b>3. Spese di iscrizione ad attività sportive</b>		

<b>A) Importo mensile totale assegnato</b>	<b>B) Durata del piano di spesa</b> (indicare numero mesi)	<b>C) Importo totale assegnato del piano di spesa (C=AxB)</b>

Motivazione variazione al Piano di Spesa sottoscritto, richiesta dal destinatario .....

.....

.....

.....

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_

**Firma Destinatario**  
(o suo rappresentante legale, se nominato)

**Firma Soggetto beneficiario**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Allegato n. A5 Scheda di valutazione dei progetti di Vita Indipendente



### Scheda di valutazione del progetto di Vita Indipendente

**COGNOME**

.....

**NOME**

.....

**DATA e ORA di presentazione della domanda**

.....

**OBIETTIVO/I PROGETTO**

.....

**DURATA PROGETTO**

.....

**SPESA MENSILE RICHIESTA**

.....

**Valutazione della gravità della condizione funzionale**  
con limitazione dell'autonomia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana:  
*Completamente autonoma 0 pt., Parzialmente autonoma 0,5 pt., Non autonoma 1 pt. (barrare)*

<b>Cura della persona: igiene personale</b>	Completamente autonoma (0 pt.)	Parzialmente autonoma (0,5 pt.)	Non autonoma (1 pt.)
<b>Cura della persona: funzioni fisiologiche</b>	Completamente autonoma (0 pt.)	Parzialmente autonoma (0,5 pt.)	Non autonoma (1 pt.)
<b>Cura della persona: abbigliamento</b>	Completamente autonoma (0 pt.)	Parzialmente autonoma (0,5 pt.)	Non autonoma (1 pt.)
<b>Cura della persona: alimentazione</b>	Completamente autonoma (0 pt.)	Parzialmente autonoma (0,5 pt.)	Non autonoma (1 pt.)
<b>Cura della casa</b>	Completamente autonoma (0 pt.)	Parzialmente autonoma (0,5 pt.)	Non autonoma (1 pt.)
<b>Gestione del denaro</b>	Completamente autonoma (0 pt.)	Parzialmente autonoma (0,5 pt.)	Non autonoma (1 pt.)
<b>Assunzione medicinali</b>	Completamente autonoma (0 pt.)	Parzialmente autonoma (0,5 pt.)	Non autonoma (1 pt.)
<b>Deambulazione</b>	Completamente autonoma (0 pt.)	Parzialmente autonoma (0,5 pt.)	Non autonoma (1 pt.)
<b>Supervisione diurna</b>	Completamente autonoma (0 pt.)	Parzialmente autonoma (0,5 pt.)	Non autonoma (1 pt.)
<b>Supervisione notturna</b>	Completamente autonoma (0 pt.)	Parzialmente autonoma (0,5 pt.)	Non autonoma (1 pt.)
<b>Punteggio:</b>			pt.

Sulla base di questa valutazione, il destinatario rientra in una delle fasce sottostanti individuate per categorizzare la necessità di intervento compensativo di altre persone. Ad ogni fascia corrisponde un punteggio che contribuirà alla valutazione finale per l'assegnazione del contributo mensile massimo.

**Se il valore complessivo di questa valutazione è pari a 0, il progetto non è idoneo.**

Da 0,5 a 3,5 pt.: necessita solo <u>saltuariamente</u> dell'intervento compensativo di altre persone	3,5 pt.
Da 4 a 7 pt.: necessita <u>frequentemente</u> dell'intervento compensativo di altre persone	7 pt.
Da 7,5 a 10 pt.: necessita <u>costantemente e continuativamente</u> dell'intervento compensativo di altre persone	10 pt.

**Valutazione della coerenza e congruità del progetto di Vita Indipendente**

**A) da 0** (per nulla coerente) **a 10** (perfettamente coerente) per ciascun criterio

**B) da 1** (per nulla congruo) **a 5** (perfettamente congruo) per ciascun criterio

**C) da 1 a 5** coerenza del percorso di consolidamento del progetto di vita

**Se il valore assegnato al criterio A) è pari a 0, il progetto non è idoneo.**

<b>A) Coerenza dei contenuti proposti rispetto alla condizione di salute e all'obiettivo di vita indipendente</b>	Max 10 pt
<b>B) Congruità delle risorse richieste per il raggiungimento dell'obiettivo di vita indipendente anche tenuto conto della condizione di fragilità socio economica</b>	Max 5 pt
<b>C) Coerenza del percorso di consolidamento del progetto di vita</b>	Max 5 pt
<b>Punteggio</b>	

### TABELLA DETERMINAZIONE DELLA BASE DI CALCOLO DEL CONTRIBUTO mensile

<b><i>Punteggio totale ottenuto (condizione funzionale + congruità del progetto)</i></b>	<b><i>Fascia di contributo massimo erogabile euro</i></b>
Da 28 a 30	fino a 2.000,00
Da 25 a 27	fino a 1.800,00
Da 22 a 24	fino a 1.600,00
Da 19 a 21	fino a 1.400,00
Da 16 a 18	fino a 1.200,00
Da 13 a 15	fino a 1.000,00
Da 10 a 12	fino a 900,00
Da 6 a 9	fino a 800,00

**CONTRIBUTO MENSILE ASSEGNATO:..... euro**

Luogo e data

Firma  
(il coordinatore UVMD)

---

---

**Allegato n. A6 Scheda Richiesta di rimborso**



**AVVISO PUBBLICO:**

*“Progetti di sostegno alla vita indipendente e inclusione nella società”*

**RICHIESTA DI RIMBORSO**

**CODICE PROGETTO: 316717**

**SOGGETTO BENEFICIARIO: SOCIETA' DELLA SALUTE DI FIRENZE**

**DATI DEL DESTINATARIO**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**COGNOME:** \_\_\_\_\_

**COD. FISC.:** \_\_\_\_\_

**RESIDENZA:** \_\_\_\_\_

**PIANO DI SPESA**

*Data di sottoscrizione del Piano di Spesa :* \_\_\_\_\_

*Importo mensile del Piano di Spesa:* \_\_\_\_\_

*Importo totale del Piano di Spesa :* \_\_\_\_\_

**se presente VARIAZIONE al Piano di Spesa**

*Data firma variazione:* \_\_\_\_\_

*Importo da variazione:* \_\_\_\_\_

**Periodo di riferimento dei costi sostenuti di cui si chiede il rimborso:**

	Dati della richiesta di rimborso del destinatario	Importo mensile rimborsato	Tipologia ed estremi giustificativo	Numero e data del mandato di pagamento
1				
2				
3				
4				
5				
6				
	<b>TOTALE</b>			

Il/La sottoscritto/a MARCO NERATTINI in qualità di Delegato del Legale rappresentante dell'Ente "Società della Salute di Firenze", soggetto beneficiario del progetto identificato con il Codice num. **316717**

**DICHIARA**

- che le prestazioni erogate corrispondono al Piano di spesa individuale del Destinatario (Nome, Cognome della persona) \_\_\_\_\_
- di avere verificato la correttezza e coerenza della documentazione di supporto allegata alle richieste di rimborso presentate dal Destinatario, la quale risulta conforme a quanto indicato nell'art. 13 dell'Avviso in oggetto

**ATTESTA**

il regolare avanzamento delle attività rispetto agli obiettivi del progetto di Vita Indipendente, tenuto conto delle valutazioni della UVMD comprovate mediante specifiche relazioni semestrali

**CHIEDE**

il rimborso della spesa sostenuta per il presente Progetto di Vita Indipendente, pari a € \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Legale rappresentante

(Firma autografa con allegata la fotocopia del documento d'identità, in corso di validità)

## Allegato A7 Informativa privacy

### INFORMATIVA AGLI INTERESSATI AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 "REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI"

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo per le finalità previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni e dai Regolamenti dell'Unione europea del Fondo Sociale Europeo Plus, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Regione Toscana - Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: P.zza Duomo 10 - 50122 Firenze; ([regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it))).
2. Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle attività.
3. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.
4. I dati acquisiti in esecuzione del presente atto potranno essere comunicati ad organismi, anche dell'Unione europea o nazionali, direttamente o attraverso soggetti appositamente incaricati, ai fini dell'esercizio delle rispettive funzioni di controllo sulle operazioni che beneficiano del sostegno del FSE+. Verranno inoltre conferiti nella banca dati ARACHNE, strumento di valutazione del rischio sviluppato dalla Commissione europea per il contrasto delle frodi. Tale strumento costituisce una delle misure per la prevenzione e individuazione della frode e di ogni altra attività illegale che possa minare gli interessi finanziari dell'Unione, che la Commissione europea e i Paesi membri devono adottare ai sensi dell'articolo 325 del trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (TFUE).
5. I Suoi dati saranno conservati nel Sistema Informativo FSE e presso gli uffici della Società della Salute di Firenze per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
6. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati. I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati sono i seguenti: [urp\\_dpo@regione.toscana.it](mailto:urp_dpo@regione.toscana.it).
7. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/>).



**Allegato A8 – Delega PEC**

**DELEGA PER INVIO TRAMITE PEC DELLA DOMANDA DI:** \_\_\_\_\_

**“Progetti Vita Indipendente FSE+ Firenze”**

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato/a a  
(luogo di nascita) \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ codice fiscale:  
\_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ in (via, piazza, strada, ecc..) \_\_\_\_\_ n.  
civico \_\_\_\_\_, indirizzo di posta elettronica ordinaria (inserire l'indirizzo e-mail utilizzato per la  
compilazione del form domanda) \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ in  
qualità di potenziale destinatario del contributo previsto dall'avviso in oggetto

**DELEGA**

il/la signor/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/ a a (luogo di nascita) \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_  
codice fiscale: \_\_\_\_\_ (da compilare se la  
pec è intestata a soggetto giuridico): (in qualità di (legale rappresentante, amministratore, ecc.)  
\_\_\_\_\_ della (società, associazione, ecc.)  
\_\_\_\_\_ all'invio tramite la seguente  
casella di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
della domanda di contributo presentata per l'avviso in oggetto dal sottoscritto sig./sig.ra  
edallegata alla suddetta PEC.

La presente delega vale esclusivamente per la trasmissione della domanda ed il ricevimento delle  
relative ricevute di accettazione e consegna e conservazione delle medesime che dovranno  
comunque essere rilasciate anche al delegante.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del delegante \_\_\_\_\_

Il delegato per presa visione ed accettazione \_\_\_\_\_

Si allega copia di un documento d'identità in corso di validità del delegante e del delegato