



Modulo per la presentazione della domanda di partecipazione all'intervento "Indipendenza e autonomia – InAut" **Anno 2022**

(D.G.R.T. 814/2020 e 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" e Provvedimento del Direttore della Società della Salute di Firenze n. /2022)

In casa di vishiasta da navta dal divetta interessata.

QUADRO A – DATI ANAGRAF	TICI DELLA PERSONA CON	DISABILITA' RICHIEDEN
L'ATTIVAZIONE DEL PROGE	TTO	
Il sottoscritto,		
Cognome/Nome		
nato/a il	a	Prov
e residente in		
Via/P.zza		n
CAPTe	l	
con domicilio (se diverso dalla res	idenza) in	
Via/P.zza		n
CAPTe	l	
Codice Fiscale:		<u> _ </u>
Indirizzo di posta elettronica		
Stato civile ^{a)}	Cittadinanza ^{b)}	
<u>Vedi note</u>		

QUADRO A1 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA		
Il sottoscritto,		
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
CAPTel	
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, Conviver	nte.
b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di salla Questura di	o in corso di rinnovo con

CHIEDE

di poter partecipare all'intervento InAut.

A tale scopo,

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e 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 del D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

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
(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)

Il tempo di permanenza in lista, calcolato al 31/12/2021 e in riferimento alla data di presentazione della domanda, è rilevato d'ufficio dalla Società della Salute di Firenze.

RICHIEDE

un contributo per il sostegno al proprio progetto di vita indipendente

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

- **E1)** supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo;
- **E2)** formazione universitaria, dottorato o master post-laurea;
- **E3)** sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti;
- **E4)** sostegno al ruolo genitoriale;
- **E5)** percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- **E6)** accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti);
- **E7)** sostegno alle attività quotidiane e domestiche;
- **E8)** accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive;
- **E9**) accompagnamento per attività associative o di volontariato
- **E10**) altro (specificare nell'apposito spazio riportato di seguito)

(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, per come indicate al <u>Quadro G</u>.

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):

E1) Supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo:
Data avvio:
Specificare nome e sede attività
E2) Formazione universitaria, dottorato o master post-laurea:
Data avvio:
Durata: (num ore, numero mesi)
Specificare ente e sede:
E3) Sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti
professionalizzanti:
Data avvio:
Durata: (num ore, numero mesi)
Specificare ente e sede:
E4) Sostegno al ruolo genitoriale:
Numero figli
Età con disabilità (SI) (NO) (barrare)
Numero settimane di gravidanza
Tumero settimane di gravidanza
E5) 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
be useful dar nucleo familiare di origine, indicare se nousing-conousing
E6) Accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti):
Data avvio:
Durata: (num ore, numero mesi)
Specificare ente e sede:
E7) Sostegno alle attività quotidiane e domestiche:
Data avvio:
Durata: (num ore, numero mesi)
Zurutai IIIII ore, numero meor)
E8) Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive:
Data avvio:
Durata: (num ore, numero mesi)
Specificare ente e sede:
E0) A gampagnamenta per attività aggaziativa e di velentariata.
E9) Accompagnamento per attività associative o di volontariato: Data avvio:
Durata: (num ore, numero mesi)
Specificare ente e sede:
E10) Altro da specificare:

QUADRO F – DURATA DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Indicare numero di	li mesi per i quali si richiede il contributo	
(durata minima 6 i	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. Per ognuno degli obiettivi barrati al Quadro E 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)

- 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)

- 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)

- 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 H – 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 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 g biettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere co 'attuazione del progetto:	_
	_
	_
Alla presente domanda, sono allegati (<i>specificare il numero e la tipologia</i>): ° allegati Tipologia	
-1-0-0-m	

I progetti Indipendenza e Autonomia - InAut sono finanziati con fondi ministeriali e rientrano nell'ambito di Giovanisì, il progetto della Regione Toscana per l'autonomia dei giovani

SOTTOSCRIZIONE DELLA DOMANDA

(Importante: sottoscrivere anche l'informativa e il consenso al trattamento dei dati)

Data Firma
N.B.: ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'
Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno:
Cognome/Nome
nato/a il Prov
e residente in
Via/P.za n
CAPTel
Codice Fiscale:
Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero,
soggetto che ha emesso l'atto):
soggetto che ha emesso l'atto):
Data Films
Data Firma N.B.: ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'
DataFirmaN.B.: ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' OPPURE
DataFirma
DataFirma
DataFirma
DataFirma N.B.: ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' OPPURE IN CASO DI IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE 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).
DataFirma
DataFirma

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. 814/2020 e ss.mm.ii. "Piano per la Non Autosufficienza 2019-2021: Linee di indirizzo regionali per la presentazione dei progetti di vita indipendente" e Provvedimento del Direttore della Società della Salute di Firenze n. 40/2020)

40/2020)	
Descrizione del presente documento	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 ss.mm.ii. "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.
Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati	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
Fonte dei dati personali	I dati personali raccolti sono quelli forniti al momento della sottoscrizione del piano di spesa e di accettazione del buono servizio.
Trattamento dei dati personali	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.
Comunicazione dei dati	 I dati personali delle persone richiedenti non saranno comunicati a terzi salvo i casi di seguito descritti e previo consenso dei diretti interessati: 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
Trasferimento internazionali dei dati	I dati personali saranno trattati esclusivamente all'interno del territorio italiano ed europeo. Non saranno inviati in altri paesi extraeuropei.
Sicurezza	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.
Conservazione dei dati	Secondo la normativa specifica in materia di conservazione e di archiviazione dei documenti, la documentazione inerente il progetto in questione sarà conservate per 10 anni a decorrere dal momento in cui sono cessate le relative prestazioni.
Accesso ai propri dati personali e diritti degli interessati	Le persone dirette interessate o i soggetti legittimati in loro rappresentanza (tutore, curatore, amministratore di sostegno, procuratore, delegato) possono 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. 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 Le persone possono esercitare i loro diritti come sopra descritto scrivendo al seguente indirizzo e-mail: direttore@sds.firenze.it.
Quesiti o reclami	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. 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.
Data/	/

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

(firma)

LA DATA DI SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E' FISSATA PER IL <u>14 OTTORE 2022</u> (30 GIORNI DAL 15 SETTEMBRE 2022)