



Regione Toscana

**GIOVANI si'**



**Allegato B**

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

(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 Delibera di Assemblea dei Soci della Società della Salute Fiorentina Nord Ovest n. 17 del 11.09.2020

**In caso di richiesta da parte del diretto interessato:**

**QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

con domicilio (se diverso dalla residenza) a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

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

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Stato civile <sup>a)</sup> \_\_\_\_\_ Cittadinanza <sup>b)</sup> \_\_\_\_\_ \* *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) a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

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

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Stato civile <sup>a)</sup> \_\_\_\_\_ Cittadinanza <sup>b)</sup> \_\_\_\_\_ \**Vedi note*

### NOTE:

- Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.
- 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) .....

### 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.....(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 dicui alla DGR 1329/2015essmmii

(SI) (NO)(barrare)

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**

**(E' possibile barrare uno o più obiettivi)**

- 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 nell'apposito spazio riportato di seguito)

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 .....c o n 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

dependenti): Data avvio: .....

Durata.....(num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: .....

Sostegno alle attività quotidiane e

domestiche: Data avvio: .....

Durata.....(num ore, numeromesi)

Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive:

Data avvio: .....

Durata.....(num ore, numeromesi)

Specificare ente e sede: .....

Accompagnamento per attività associative o di volontariato:

Data avvio: .....

Durata.....(num ore, numeromesi)  
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, 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 E, 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'OGGETTIVO ..... INDICATO NEL QUADRO E, 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 H – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE

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)
- Interventi di cui alla L.112/2016 (cosiddetto Dopo di noi), limitatamente ai servizi di tipo residenziale rientranti nell'ambito B di cui alla DGR753/2017

(SI) (NO) (barrare)

- 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:

---

---

---

## 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 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

**N.B.: ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA**

**OPPURE**

### IN CASO DI IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE <sup>1</sup>

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 \_\_\_\_\_

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

***Informativa sulla Privacy ai sensi del Regolamento Ue 2016/679 Rivolta agli utenti della Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest***

<p><i>Descrizione del presente documento</i></p>	<p>La tutela della privacy degli Utenti è per noi un aspetto fondamentale da salvaguardare. Con la presente informativa la Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest, quale Titolare del trattamento, vuole quindi descrivere come vengono raccolti, utilizzati, condivisi e conservati i dati che riguardano ciascun utente per le prestazioni e le attività sociali e socio sanitarie. La presente informativa viene redatta in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR) e potrà essere oggetto di periodici aggiornamenti che saranno prontamente comunicati.</p>
<p><i>Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati</i></p>	<p>Titolare del trattamento è la Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest, con sede via A. Gramsci n. 561 – 50019 Sesto Fiorentino (FI), email <a href="mailto:sds.nordovest@asf.toscana.it">sds.nordovest@asf.toscana.it</a>; P.e.c. <a href="mailto:direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it">direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it</a>; Responsabile della protezione dei dati è l'Avv. Michele Morriello, con sede in Firenze, viale A. Gramsci n. 53, email <a href="mailto:sds@dpo-rpd.eu">sds@dpo-rpd.eu</a>, tel. (+39) 371 3057734.</p>
<p><i>Fonte dei dati personali</i></p>	<p>I dati personali che raccogliamo sono quelli che l'utente ci ha fornito al momento della sua istanza per l'erogazione delle prestazioni/attività/servizi sociali e socio sanitari. I dati che trattiamo sono: - dati identificativi: nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza e/o domicilio, codice fiscale, indirizzo email; - dati particolari idonei a rivelare origina razziale o etnica, lo stato di salute; - dati relativi alla situazione economica e patrimoniale per gli adempimenti richiesti dalla legge.</p>
<p><i>Base giuridica e finalità del trattamento</i></p>	<p>I dati personali dell'utente vengono trattati per l'esecuzione dei compiti propri Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest quale autorità pubblica (art. 6 Reg.Ue 2016/679), oppure ove a) sia necessario per l'esecuzione di un contratto o l'adempimento di un obbligo legale; b) per i nostri interessi legittimi, quali l'esercizio e la tutela dei nostri diritti legali; c) sia necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri. Nello specifico trattiamo i dati personali dell'utente per i seguenti scopi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● erogazione della prestazione sociale e socio sanitaria: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio Sociale Professionale;</li> <li>- Interventi di sostegno economico;</li> <li>- Servizi domiciliari e di supporto alla vita familiare e di relazione (Assistenza domiciliare; sostegno socio educativo territoriale e/o domiciliare; sostegno socio educativo scolastico; affidamento familiare; Welfare di prossimità: farmaci, pasti o spesa, pacchi alimentari, tele assistenza, servizi di accompagnamento; servizi di accompagnamento sociale);</li> <li>- Servizi residenziali e semi-residenziali (inserimento in strutture residenziali per anziani non autosufficienti ed adulti con disabilità, inserimento in strutture residenziali assistite per persone autosufficienti, centri diurni per anziani e adulti con disabilità, strutture residenziali e semi-residenziali per minori, strutture di accoglienza per soggetti fragili, vacanze per disabili), - Inserimenti socio – lavorativi;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progettazioni specifiche derivanti da finanziamenti speciali (Dopo di noi, PON FSE...);</li> <li>● ogni altra attività assegnata alla Società della Salute F.na Nord Ovest;</li> <li>● amministrativi e contabili.</li> </ul>								
<i>Comunicazione dei dati</i>	<p>I dati personali dell'utente non saranno comunicati a terzi, salvi i casi descritti di seguito, in cui potremo comunicare tali dati solo con il consenso dell'utente o secondo quanto richiesto o consentito dalle leggi applicabili o dal contratto, ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ai nostri fornitori di servizi informatici per la gestione documentale;</li> <li>• Soggetti istituzionali, quali: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Azienda USL Toscana Centro;</li> <li>- Comuni componenti il Consorzio</li> <li>- Altre amministrazioni pubbliche con le quali possono intercorrere relazioni istituzionali finalizzate all'erogazione dei servizi (Regione Toscana, Autorità giudiziaria, istituzioni scolastiche, Inps, Inail, Ministeri, Casa Spa, Ambasciate e Consolati, Anac...)</li> <li>- Altri soggetti privati per l'esecuzione di prestazioni attuate per conto della Società della Salute</li> </ul> </li> </ul>								
<i>Trasferimento internazionali dei dati</i>	I dati dell'utente non saranno inviati all'estero ma verranno trattati unicamente all'interno del territorio italiano e/o europeo.								
<i>Sicurezza</i>	Utilizziamo misure di sicurezza organizzative, amministrative, tecniche e fisiche per salvaguardare i dati dell'utente e per garantire che questi siano elaborati in maniera tempestiva, accurata e completa. Chiediamo ai nostri Fornitori di servizi di salvaguardare tali dati e di utilizzarli solo per gli scopi specificati								
<i>Conservazione dei dati</i>	<p>Conserviamo i dati dell'utente solo per il tempo necessario riferito alla gestione e l'erogazione dei servizi che lo riguardano, salvo periodi di conservazione più lunghi in conseguenza di leggi, regolamenti o se necessario per la risoluzione di contenziosi o accertamenti giudiziari. Nello specifico si comunica che tali dati saranno conservati per i seguenti periodi:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Dati</th> <th style="text-align: left;">Periodo di conservazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Istanze :</td> <td>10 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività</td> </tr> <tr> <td>- Accesso agli atti:</td> <td>5 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività</td> </tr> <tr> <td>- Richieste di valutazione:</td> <td>10 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività</td> </tr> </tbody> </table>	Dati	Periodo di conservazione	- Istanze :	10 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività	- Accesso agli atti:	5 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività	- Richieste di valutazione:	10 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività
Dati	Periodo di conservazione								
- Istanze :	10 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività								
- Accesso agli atti:	5 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività								
- Richieste di valutazione:	10 anni decorrenti dalla cessazione della prestazione/ servizio/ attività								
<i>Accesso ai dati</i>	Chiediamo a ciascun utente di verificare regolarmente che i dati personali in nostro possesso siano corretti e aggiornati. Se viene rilevato un errore oppure se risultano incompleti, l'utente potrà chiedere che vengano corretti, aggiornati oppure rimossi dai nostri archivi. L'utente potrà esercitare i propri diritti contattando direttamente i nostri uffici al seguente indirizzo <a href="mailto:sds.nordovest@asf.toscana.it">sds.nordovest@asf.toscana.it</a>								
<i>Diritti dell'interessato</i>	<p>L'utente ha il diritto di accedere, aggiornare, cancellare, modificare o correggere i propri dati personali. Più in particolare, hai il diritto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• revocare il consenso per l'utilizzo dei propri dati personali in qualsiasi momento, laddove il trattamento sia basato sul suo consenso. Tuttavia, un eventuale mancato conferimento o revoca dei dati personali raccolti ovvero di altri dati personali eventualmente</li> </ul>								

	<p>richiesti nel corso del rapporto contrattuale, potrà comportare l'impossibilità per la Società della Salute di instaurare e/o proseguire, in tutto o in parte, il rapporto contrattuale ovvero, dare seguito alle richieste pre-contrattuali;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• limitare e/o opporsi all'utilizzo dei propri dati;</li> <li>• richiedere una revisione manuale di alcune attività di elaborazione dati automatizzata che influisca sui propri diritti;</li> <li>• richiedere una copia dei propri dati personali da noi detenuti.</li> </ul>
<i>Quesiti o reclami</i>	<p>Se l'utente intende sottoporre domande in merito alla presente informativa sulla privacy o alle modalità con cui vengono gestiti i propri dati personali può contattare il Titolare del Trattamento, ai recapiti sopra indicati oppure il Responsabile della Protezione dei dati. L'utente ha inoltre diritto di contattare direttamente l'Autorità di controllo – Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Piazza di Monte Citorio n. 121 – 00186 Roma, tel. (+39) 06.696771, e-mail: <a href="mailto:garante@gpdp.it">garante@gpdp.it</a>, Posta certificata: <a href="mailto:protocollo@pec.gpdp.it">protocollo@pec.gpdp.it</a></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)