



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")

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 ^{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:

- 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 1329/2015essmmii

(SI) (NO)(barrare)

a far data dal.....

QUADRO E – N.B. IL “QUADRO E” E’ DA COMPILARE SOLO A PARTIRE DALL’ANNO 2021

-di essere beneficiario del contributo a sostegno del proprio progetto InAut:

(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
N.B. - IL “QUADRO E” E’ DA COMPILARE SOLO A PARTIRE DALL’ANNO 2021
(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).....

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

Etàc 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 dipendenti): Data avvio:

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

Specificare ente e sede:

Sostegno alle attività quotidiane e

domestiche: Data avvio:

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

Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive:

Data avvio:

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

Specificare ente e sede:

Accompagnamento per attività associative o di volontariato:

Data avvio:

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

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'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)

La titolarità e la responsabilità nella scelta dell'assistente personale e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente.

QUADRO F – 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 DGR 753/2017

(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:

DICHIARA INFINE

QUADRO C-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 _____

OPPURE

QUADRO D - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE¹

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 peresteso)

Firma _____

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