



Regione Toscana

**GIOVANI si**



**Modulo per la presentazione della domanda  
di partecipazione all'intervento "Indipendenza e autonomia – InAut"  
Anno 2021**

(D.G.R.T. 814/2020 e ssmii "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)

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

**QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA' RICHIEDENTE  
L'ATTIVAZIONE DEL PROGETTO**

Il sottoscritto,

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

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

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

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

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

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

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**

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 \_\_\_\_\_

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

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

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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

**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 di cui alla DGR 1329/2015 e ssmmii **(NO)** (barrare)  
**(SI)**

Il tempo di permanenza in lista, calcolato al 31/12/2019 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**

- ⑦ E1) supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo;
- ⑦ E2) formazione universitaria, dottorato o master post-laurea;
- ⑦ E3) sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti;
- ⑦ E4) sostegno al ruolo genitoriale;
- ⑦ E5) percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- ⑦ E6) accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti);
- ⑦ E7) sostegno alle attività quotidiane e domestiche;
- ⑦ E8) accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive;
- ⑦ E9) accompagnamento per attività associative o di volontariato
- ⑦ 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 Quadro G.

**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 .....

**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 .....

**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)

**E8) Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive:**

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

**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 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. **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)**

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

- ⑦ Assistente personale
  - Numero assistenti .....
  - Numero ore contrattualizzate .....
  - Spesa media mensile .....
  
- ⑦ 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)
  
- ⑦ 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:

- ⑦ Assistente personale
  - Numero assistenti .....
  - Numero ore contrattualizzate .....
  - Spesa media mensile .....
  
- ⑦ 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)
  
- ⑦ 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:**

- ⑦ Assistente personale
  - Numero assistenti .....
  - Numero ore contrattualizzate .....
  - Spesa media mensile .....
  
- ⑦ 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)
  
- ⑦ 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:

- ⑦ contributo per progetto vita indipendente
- ⑦ contributo disabilità gravissime
- ⑦ contributo SLA
- ⑦ contributo Home Care Premium
- ⑦ contributo a valere sul Fondo Sociale Europeo
- ⑦ 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 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*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 | | | | | | | | | | 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 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 n. 2016/679 in relazione al progetto InAut (anno 2020) - 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 Provvedimento del Direttore della Società della Salute di Firenze n. 40/2020)**

<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: <a href="mailto:direttore@sds.firenze.it">direttore@sds.firenze.it</a> , pec: <a href="mailto:segreteria@pec.sds.firenze.it">segreteria@pec.sds.firenze.it</a> . Responsabile della protezione dei dati è l'Avv. Michele Morriello, con sede in Firenze, Viale A. Gramsci n. 53, e-mail.: <a href="mailto:sds@dpo-rpd.eu">sds@dpo-rpd.eu</a>
<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: - 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 interessati</i>	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.

	<p>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: <a href="mailto:direttore@sds.firenze.it">direttore@sds.firenze.it</a>.</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: <a href="mailto:garante@gpdp.it">garante@gpdp.it</a>, pec: <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)

**LA DATA DI SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E' FISSATA PER IL 14 OTTORE 2021 (30 GIORNI DAL 15 SETTEMBRE 2021)**