



Regione Toscana

**GIOVANI si**

**Fac-simile modulo per la presentazione della domanda  
di partecipazione all'intervento "Indipendenza e autonomia - InAut"  
Annualità 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")

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

**QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO**

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**

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) .....

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

### CHIEDE

di poter partecipare all'intervento InAut.

A tale scopo

### DICHIARA

### 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 - CONTINUITA'**

- di essere già beneficiario del contributo In-Aut annualità 2021      **(NO)** (barrare)

**(SI)** a far data dal .....

### **QUADRO E - 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)** a far data dal .....

## **RICHIEDE**

**un contributo per il sostegno al proprio progetto di vita indipendente**

### **QUADRO F - OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE**

- A. supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo;
- B. formazione universitaria, dottorato o master post-laurea;
- C. sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti;
- D. sostegno al ruolo genitoriale;
- E. percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- F. accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti);
- G. sostegno alle attività quotidiane e domestiche;

- H. accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive;
- I. accompagnamento per attività associative o di volontariato
- J. altro (specificare) .....

**(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.

CON RIFERIMENTO AL/AI SOLO/I OBIETTIVO/I BARRATO/I, SPECIFICARE:

A - Supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo:

Data avvio: .....

Specificare nome e sede attività .....

B - Formazione universitaria, dottorato o master post-laurea:

Data avvio: .....

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

Specificare ente e sede: .....

C - Sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti:

Data avvio: .....

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

Specificare ente e sede: .....

D - Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli .....

Età ..... con disabilità (SI) (NO) (barrare)

Numero settimane di gravidanza .....

E - 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 .....

F - Accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti):

Data avvio: .....

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

Specificare ente e sede: .....

G - Sostegno alle attività quotidiane e domestiche:

Data avvio: .....

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

H - Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive:

Data avvio: .....

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

Specificare ente e sede: .....

I - Accompagnamento per attività associative o di volontariato:

Data avvio: .....

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

Specificare ente e sede: .....

J - Altro da specificare:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**QUADRO G - 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 H - 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 F, 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 F, 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 F, 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 I – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI 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 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:

- copia del Documento di identità in corso di validità
  - copia della certificazione di gravità art. 3 c. 3 L 104/92 e/o copia di certificazione riconoscimento Invalidità Civile non inferiore al 100%
- (altro) \_\_\_\_\_
-

