



Via/P.zza _____ n _____

CAP _____ Tel. _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Stato civile ^{a)} _____ Cittadinanza ^{b)} _____

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)

(allegare documento di identità)

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 (barrare) **(SI) (NO)**
- di essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale, non inferiore al 100% (barrare) **(SI) (NO)**

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 a valere sui fondi regionali (barrare) (NO)

(SI) a far data dal

QUADRO E

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

(barrare) (NO)

(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

- 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, associative, di volontariato o per il tempo libero.

(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:

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:



Regione Toscana



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 con 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, associative, di volontariato o per il tempo libero:

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

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/ altra figura professionale
Numero assistenti/ altri professionisti



(se figura professionale, specificare tipologia
 Numero ore contrattualizzate
 Spesa media mensile

- Housing, co-housing, 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/ altra figura professionale
 - Numero assistenti/ altri professionisti
 - (se figura professionale, specificare tipologia
 - Numero ore contrattualizzate
 - Spesa media mensile
- Housing, co-housing, 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/ altra figura professionale
 - Numero assistenti/ altri professionisti
 - (se figura professionale, specificare tipologia
 - Numero ore contrattualizzate
 - Spesa media mensile
- Housing, co-housing, 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)



Regione Toscana



Privato (indicare oggetto e spesa mensile)
Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

La titolarità e la responsabilità nella scelta dell'assistente personale o di altra figura professionale 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:

- checkbox contributo per progetto vita indipendente
checkbox contributo disabilità gravissime
checkbox contributo SLA
checkbox contributo Home Care Premium
checkbox contributo a valere sul Fondo Sociale Europeo
checkbox 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 per il caregiver familiare (specificare

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi):

(SI) (NO) (barrare)

3) Inserimento permanente in una struttura residenziale:

(SI) (NO) (barrare)

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:

Horizontal lines for describing project objectives and results.

Alla presente domanda, sono allegati (specificare il numero e la tipologia):

n° [] [] allegati

Tipologia

Horizontal lines for specifying the number and type of attachments.

Data Firma

