

Zona Distretto Livornese

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 in					
Via/P.zza				_ n	
CAP					
con domicilio (se diver					
Via/P.zza				_ n	
CAP				_	
Codice Fiscale: _					
Indirizzo di posta elettr	onica				
Stato civile ^{a)}		_ Cittadinanza ^{b)}			
<u>Vedi note</u>					

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 bene	ficiario:	
DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO		
Cognome/Nome		
nato/a il a		e
residente in		
Via/P.za	n	
CAP Tel		
con domicilio (se diverso dalla residenza) in		
Via/P.zza	n	
CAPTel		
Codice Fiscale:		
Indirizzo di posta elettronica		
Stato civile ^{a)} Cittadinanza ^{b)}		
<u>Vedi note</u>		
b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno alla Questura di	caso di dichiarazio à, ai sensi dell'art	ni menda .76 D.P.J
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 legge104/92
 (SI) (NO) (barrare)

un contributo per il sostegno al proprio progetto di vita indipendente
RICHIEDE
(SI) a far data dal
(NO) (barrare)
- di essere beneficiario del contributo a sostegno del proprio progetto InAut:
QUADRO E
(SI) a far data dal
- di essere collocato in lista di attesa per il contributo per progetti di vita indipendente di cui alla DGR 117/2022 (NO) (barrare)
QUADRO D – LISTA ATTESA VITA INDIPENDENTE REGIONALE
- che la composizione del nucleo familiare convivente è la seguente: Numero persone
QUADRO C – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE (nel quale si realizza il progetto)
(E' possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)
Specialista di riferimento
Medico di medicina generale (cognome e nome)
Altre patologie presenti
 di essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medicolegale, non inferiore al 100% (SI) (NO) (barrare) diagnosi principale

QUADRO E – 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;
- accompagnamento per attività associative o di volontariato
- 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:

Supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo:
Data avvio:
Specificare nome e sede attività
Formaziona universitaria detterata e master post leuras.
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 con disabilità (SI) (NO) (barrare)
Numero settimane di gravidanza
Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita d al 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:
specificate effic e sede.
Sostegno alle attività quotidiane e domestiche:
Data avvio:
Data av vio
Durata: (num ore, numero mesi)

Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive: Data avvio:	
Durata: (num ore, numero mesi)	
Specificare ente e sede:	
Specificate chie 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)	
(durata minima 6 mesi; durata massima 12 mesi) QUADRO G – SPESE PREVISTE E PIANO ECONOMICO MENSILE DI PROGETTO	
(durata minima 6 mesi; durata massima 12 mesi)	
(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	
(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)	
(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	
(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	
(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	
(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	
(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	
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	
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	
(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	
(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	
(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	
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	
(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	
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	
(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	

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO	INDICATO NEL
QUADRO E, SPECIFICARE:	
1 Assistente personale	
- Numero assistenti	
- Numero ore contrattualizzate	
- Spesa media mensile	
2) Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale	
- Spese affitto(indicare importo mensile)	
- Materiale di consumo	io mancila)
- Utenze	a mensile)
3) 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:	
1) Assistente personale	
- Numero assistenti	
- Numero ore contrattualizzate	
- Spesa media mensile	
2) Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale	
- Spese affitto(indicare importo mensile)	
- Materiale di consumo (indicare oggetto e spesa medi	ia mensile)
- Utenze (indicare oggetto e spesa media mensile)	
3) Trasporto	
- Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)	
- Privato (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

Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

- 1) Prestazioni/ interventi domiciliari in forma indiretta:
 - contributo per progetto vita indipendente o 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. 112/201 residenziale rientranti nell'ambito B	*	-		i tipo
	(SI)	(NO)	(barrare)	
3) Inserimento permanente in una str	uttura resid	lenziale;		
	(SI)	(NO)	(barrare)	
Si ricorda che l'eventuale erogazion beneficiaria del contributo per l'inter rinuncia alla fruizione di tali interventi	vento InAi	ıt, è subo		
Ai fini di una corretta e completa v obiettivi di mantenimento, cambian l'attuazione del progetto:		-		_
Alla presente domanda, sono allegati (s n° allegati Tipologia	-			

DICHIARA INFINE

	are in caso di dichiarazione	sottoscritta da un amministrato	ore 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'amministrato	ore di sostegno (citare data, nur	nero,
soggetto che ha emesso l'at	to):		
DataFirm	a		
OPPURE			
	NTO A SCRIVERE E/O SC	OTTOSCRIVERE 1	
			20° - 1 - 1 1 -
	•	è raccolta dal Pubblico Uf	•
		Ufficiale attesta che la dichiara	
lui resa dall'interessato in p	resenza di un impedimento a	a sottoscrivere (DPR 445/2000)	, art. 4).
Il sottoscritto (Pubblico Uff	iciale) riceve la dichiarazion	e del Sig./Sig.ra	
(Cognome/Nome)			della
cui identità si è accertato tra	amite il seguente documento		
Data	_ Il Pubblico Ufficiale (timb	oro e firma per esteso)	
Firma			

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