

- 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:

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)
 - 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:

- 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 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:

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

n° || allegati

Tipologia _____

Informativa ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 edel GDPR 679/16

La Società della Salute Pistoiese, sita in Viale Matteotti n. 19 – 51100 PISTOIA, nella sua qualità di titolare del trattamento dati, in persona del legale rappresentante pro-tempore, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e del GDPR 679/16, con la presente informo il richiedente dell'intervento pubblicato con avviso pubblico indetto dalla medesima Società della Salute Pistoiese (richiedente in seguito definito/a interessato/a) che:

FINALITA' DEL TRATTAMENTO: i dati personali, sensibili e giudiziari in possesso del titolare o che verranno richiesti in seguito, sono trattati per finalità connesse alla partecipazione alla selezione ed all'eventuale collocazione all'interno del Consorzio, secondo quanto espressamente previsto nell'oggetto della selezione stessa. In particolare i dati dell'interessato verranno trattati per:

- consentire la registrazione e l'accesso alla selezione;
- consentire l'eventuale assunzione.

MODALITA' DI TRATTAMENTO: il trattamento sarà effettuato in forma manuale (supporti cartacei) ed elettronica, ad opera di soggetti a ciò appositamente incaricati; il trattamento verrà effettuato da personale dipendente della Società della Salute e da parte di consulenti esterni, con la garanzia che i dati verranno trattati in conformità del GDPR 679/16 edel D.Lgs 196/2003 .

PERIODO DI CONSERVAZIONE: i dati saranno conservati presso l'ufficio competente al trattamento dei dati del personale; i dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario alle finalità proposte nella selezione e secondo i termini di legge.

DIRITTI DELL'INTERESSATO: l'interessato potrà esercitare i diritti previsti dagli art. 15 e ss. del GDPR 679/16 e dal D.Lgs. 196/2003.

NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI: il conferimento dei dati personali e sensibili è di natura obbligatoria.

NECESSITA' DEL CONSENSO: il consenso al trattamento è necessario.

AMBITO DI COMUNICAZIONE: i dati comunicati dall'interessato potranno essere messi in raffronto con quelli delle amministrazioni certificanti ai sensi del DPR 445/2000 e comunicati ai seguenti soggetti:

- Enti, imprese, associazioni, istituzioni opportunamente convenzionati e coerentemente alle finalità perseguite dal Titolare.

DESTINATARI DEI DATI FINALI: i dati potranno essere pubblicati su siti istituzionali o mezzi di comunicazione secondo le previsioni normative vigenti e tenuto conto del ruolo assunto dall'interessato all'interno della struttura comunale.

TITOLARE: titolare del trattamento è la Società della Salute Pistoiese – Viale G. Matteotti, 19 – 51100 PISTOIA.

RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO: Responsabile del trattamento è la Direttrice della Società della Salute Pistoiese Dott.ssa Silvia Mantero.