

**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLO "STATUS"
DI CAREGIVER FAMILIARE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NOME	
COGNOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
CODICE FISCALE	
CITTADINANZA	
ATTUALE STATO CIVILE	CONIUGATO ☐ VEDOVO ☐ DIVORZIATO ☐ CONVIVENTE ☐ SEPARATO ☐ NUBILE/CELIBE ☐
TITOLO DI STUDIO	
RECAPITO TELEFONICO	
INDIRIZZO MAIL	

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art 76 DPR N. 445/2000, AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEL PROPRIO "Status" di caregiver familiare

DICHIARA

di essere "CAREGIVER FAMILIARE" *(persona che presta volontariamente cura ed assistenza come previsto all'art 2 comma 1 della L.R.5/24)*

A.1 DATI DELL' ASSISTITO

NOME E COGNOME	
DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
DA QUANDO È IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ	

LA DISABILITÀ È RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA L.104	ART 3 COMMA 1 ☐
	ART 3 COMMA 3 ☐
TIPOLOGIA DI DIFFICOLTÀ PREVALENTI	MOTORIE ☐ COGNITIVE ☐ RELAZIONALI ☐ ALTRO specificare _____ ☐
L'ASSISTITO PUÒ ESSERE LASCIATO SOLO?	SI ☐ NO ☐ PER POCO TEMPO (max _____ min./ore) ☐

A.2 RAPPORTI DI PARENTELA CON L'ASSISTITO

☐ HO RAPPORTO DI PARENTELA CON L'ASSISTITO

CONIUGE ☐ CONVIVENTE ☐ FAMILIARE /AFFINE ENTRO IL SECONDO GRADO ☐

SPECIFICARE LA PARENTELA _____

☐ NON HO RAPPORTI DI PARENTELA CON L'ASSISTITO MA, AI SENSI DEL COMMA 2, ART 2 L.R.5/24 CHIEDO IL RICONOSCIMENTO DELLO "STATUS" PRESTANDO ASSISTENZA E CONVIVENDO CON L'ASSISTITO SOPRA SPECIFICATO

DICHIARA INOLTRE:

B.1 CONDIZIONE LAVORATIVA

STO ATTUALMENTE LAVORANDO DALL'ANNO _____ CON N. _____ ANNI DI CONTRIBUTI	DIPENDENTE PUBBLICO ☐ DIPENDENTE PRIVATO ☐ LAVORATORE AUTONOMO ☐
ORE DI IMPEGNO LAVORATIVO GIORNALIERO	
ESSERE CARE GIVER HA COMPORTATO	☐ RIDUZIONE ORARIO LAVORO ☐ RIMODULAZIONE ATTIVITÀ LAVORATIVA ☐ USO SMART WORKING ☐ NESSUN CAMBIAMENTO LAVORATIVO
UTILIZZO PERMESSI PREVISTI DALLA LEGGE	☐ PERMESSI L.104 ☐ CONGEDI PER N.ORE MENSILI _____
HO DOVUTO RINUNCIARE AL LAVORO	SI PER FARE CAREGIVER ☐ PER ALTRO ☐
ATTUALMENTE LA MIA OCCUPAZIONE È	☐ PENSIONATO ☐ NON OCCUPATO / IN CERCA DI LAVORO ☐ IN ASPETTATIVA MA INTENZIONATO A TORNARE AL LAVORO ☐ IMPOSSIBILITATO A LAVORARE A CAUSA DEL RUOLO DI CAREGIVER

	☐ MAI ENTRATO NEL MONDO DEL LAVORO A CAUSA DEL RUOLO DI CAREGIVER ☐ STUDENTE
--	---

IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PRESENTI NELLA DOMANDA AI SENSI DEL DLGS 196/2003 E S.M.I. E AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E S.M.I. E DICHIARA DI ESSERE INFORMATO CHE I DATI RACCOLTI SARANNO TRATTATI ANCHE CON STRUMENTI INFORMATICI ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO DI QUESTO PROCEDIMENTO E PER LE FINALITÀ CONNESSE ALLE FUNZIONI ISTITUZIONALI DEGLI ENTI PREPOSTI

B.3.1 L'ASSISTITO È IN GRADO DI:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ❖ ORGANIZZARE LA PROPRIA GIORNATA IN AUTONOMIA | ☐ SI | ☐ NO |
| ❖ HA UNA GIUSTA PERCEZIONE DEL CONTESTO ESTERNO? | ☐ SI | ☐ NO |
| ❖ L'ASSISTITO È IN GRADO DI GESTIRE IN AUTONOMIA I RAPPORTI SOCIALI? | ☐ SI | ☐ NO |
| ❖ È CAPACE DI ORGANIZZARE I SERVIZI DI ASSISTENZA QUOTIDIANI? | ☐ SI | ☐ NO |
| ❖ ESPRIME LE PROPRIE ESIGENZE IN MODO COMPRENSIBILE? | ☐ SI | ☐ NO |

B.3.2 COME CAREGIVER FAMILIARE RICEVE SUPPORTO NELLO SVOLGERE ATTIVITÀ DI CURA

☐ SI DA CHI _____ A QUALE COSTO MENSILE _____ A SPESE DI CHI _____

- ❖ L'ASSISTENTE HA UNA FORMAZIONE SPECIFICA SULLE ESIGENZE DELL'ASSISTITO ☐ SI ☐ NO
- ❖ CHI SI È FATTO CARICO ECONOMICO DELLA FORMAZIONE _____
- ❖ CHI HA STABILITO IL TIPO DI FORMAZIONE NECESSARIA _____

☐ NON RICEVO ALCUN SUPPORTO, SONO SOLO/A

B.3 IMPATTO ASSISTENZIALE SUL BENESSERE PSICOFISICO RELAZIONALE DEL CAREGIVER

CONVIVE CON L'ASSISTITO	SI ☐	NO ☐
DA QUANTO TEMPO		
LA CONVIVENZA È DETTATA DALLA DISABILITÀ	SI ☐	NO ☐
L'ASSISTITO È IN STRUTTURA	SI ☐	NO ☐

B.3.1 TEMPI DI CURA

PER QUANTO TEMPO È RICHIESTO IL SUO INTERVENTO DI CURA?

☐ H24 ☐ ORE GIORNALIERE N. _____ ☐ ORE NOTTURNE N. _____ ☐ 365 GIORNI L'ANNO

CI SAREBBE QUALCUNO CHE POTREBBE SOSTITUIRLA TEMPORANEAMENTE NEL SUO RUOLO DI CAREGIVER? ☐ SI ☐ NO

POTREBBE TROVARE QUALCUNO FACILMENTE? ☐ SI ☐ NO

SE SI È UNA PERSONA CHE APPARTIENE AL QUOTIDIANO DELL'ASSISTITO? ☐ SI ☐ NO

POTREBBE INDICARLA? _____

CHE RAPPORTO HA CON L'ASSISTITO? _____

PER QUANTO POTREBBE SOSTITUIRLA? _____

B.3.2 BENESSERE PSICOFISICO RELAZIONALE DEL CAREGIVER

COME GIUDICA LA SUA SALUTE

☐ ECCELLENTE ☐ MOLTO BUONA ☐ BUONA ☐ DISCRETA ☐ SCARSA

RITIENE CHE L'ESSERE CAREGIVER FAMILIARE ABBIA INFLUITO NEGATIVAMENTE ULLA SUA SALUTE?

☐ ABBASTANZA ☐ PER NULLA

COME GIUDICA LA QUALITÀ DELLA SUA VITA?

☐ ECCELLENTE ☐ MOLTO BUONA ☐ BUONA ☐ DISCRETA ☐ SCARSA

RITIENE DI AVERE ABBASTANZA TEMPO PER SÉ?

☐ SÌ ☐ NO

IL SUO RUOLO DI CAREGIVER FAMILIARE CON QUALE INCIDENZA LE LASCIA TEMPO DA DEDICARE A SÉ?

☐ RARAMENTE ☐ QUALCHE VOLTA ☐ SPESSO ☐ QUASI SEMPRE

LE CREA PREOCCUPAZIONE O ANSIA LA RESPONSABILITÀ CHE DERIVA DALL'ESSERE CARE GIVER?

☐ RARAMENTE ☐ QUALCHE VOLTA ☐ SPESSO ☐ QUASI SEMPRE

QUANDO È STATA L'ULTIMA VOLTA CHE HA ORGANIZZATO UN MOMENTO DI SVAGO PER SÉ?

CHE TIPO DI SVAGO?

OSSERVAZIONI

FIRMA CAREGIVER

FIRMA OPERATORE PUA
