

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

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

<b>NOME</b>	
<b>COGNOME</b>	
<b>DATA E LUOGO DI NASCITA</b>	
<b>INDIRIZZO DI RESIDENZA</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>	
<b>CITTADINANZA</b>	
<b>ATTUALE STATO CIVILE</b>	<b>CONIUGATO</b> <input type="checkbox"/> <b>VEDOVO</b> <input type="checkbox"/> <b>DIVORZIATO</b> <input type="checkbox"/> <b>CONVIVENTE</b> <input type="checkbox"/> <b>SEPARATO</b> <input type="checkbox"/> <b>NUBILE/CELIBE</b> <input type="checkbox"/>
<b>TITOLO DI STUDIO</b>	
<b>RECAPITO TELEFONICO</b>	
<b>INDIRIZZO MAIL</b>	

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**

<b>NOME E COGNOME</b>	
<b>DATA DI NASCITA</b>	
<b>RESIDENZA</b>	
<b>DA QUANDO È IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ</b>	
<b>LA DISABILITÀ È RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA L.104</b>	ART 3 COMMA 1 <input type="checkbox"/> ART 3 COMMA 3 <input type="checkbox"/>

<b>TIPOLOGIA DI DIFFICOLTÀ PREVALENTI</b>	<b>MOTORIE</b> <input type="checkbox"/> <b>COGNITIVE</b> <input type="checkbox"/> <b>RELAZIONALI</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTRO</b> specificare <input type="checkbox"/> _____
<b>L'ASSISTITO PUÒ ESSERE LASCIATO SOLO?</b>	<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>PER POCO</b> <input type="checkbox"/> <b>TEMPO</b> _____ ( 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**

<b>STO ATTUALMENTE LAVORANDO DALL'ANNO _____ CON N. _____ ANNI DI CONTRIBUTI</b>	<b>DIPENDENTE PUBBLICO</b> <input type="checkbox"/> <b>DIPENDENTE</b> <input type="checkbox"/> <b>PRIVATO</b> <b>LAVORATORE AUTONOMO</b> <input type="checkbox"/>
<b>ORE DI IMPEGNO LAVORATIVO GIORNALIERO</b>	
<b>ESSERE CARE GIVER HA COMPORTATO</b>	<input type="checkbox"/> <b>RIDUZIONE ORARIO LAVORO</b> <input type="checkbox"/> <b>RIMODULAZIONE ATTIVITÀ LAVORATIVA</b> <input type="checkbox"/> <b>USO SMART WORKING</b> <input type="checkbox"/> <b>NESSUN CAMBIAMENTO LAVORATIVO</b>
<b>UTILIZZO PERMESSI PREVISTI DALLA LEGGE</b>	<input type="checkbox"/> <b>PERMESSI L.104</b> <input type="checkbox"/> <b>CONGEDI</b> <b>PER N.ORE MENSILI</b> _____

<b>HO DOVUTO RINUNCIARE AL LAVORO</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI PER FARE CARE GIVER</b> <input type="checkbox"/> <b>PER ALTRO</b>
<b>ATTUALMENTE LA MIA OCCUPAZIONE E'</b>	<input type="checkbox"/> <b>PENSIONATO</b> <input type="checkbox"/> <b>NON OCCUPATO/IN CERCA DI LAVORO</b> <input type="checkbox"/> <b>IN ASPETTATIVA MA INTENZIONATO A TORNARE AL LAVORO</b> <input type="checkbox"/> <b>IMPOSSIBILITATO A LAVORARE A CAUSA DEL RUOLO DI CARE GIVER</b> <input type="checkbox"/> <b>MAI ENTRATO NEL MONDO DEL LAVORO A CAUSA DEL RUOLO DI CARE GIVER</b> <input type="checkbox"/> <b>STUDENTE</b>

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:

- SI  NO ❖ 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 ATONOMIA I RAPPORTI SOCIALI?
- SI  NO ❖ È CAPACE DI ORGANIZZARE I SERVIZI DI ASSISTENZA QUOTIDIANI?
- SI  NO ❖ ESPRIME LE PROPRIE ESIGENZE IN MODO COMPRENSIBILE?

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

SI DA CHI \_\_\_\_\_ A QUALE COSTO MENSILE \_\_\_\_\_ A SPESE DI CHI \_\_\_\_\_

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

NON RICEVO ALCUN SUPPORTO, SONO SOLO/A

### B.3 IMPATTO ASSISTENZIALE SUL BENESSERE PSICOFISICO RELAZIONALE DEL CARE GIVER

CONVIVE CON L'ASSISTITO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DA QUANTO TEMPO		
LA CONVIVENZA È DETTATA DALLA DISABILITÀ	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
L'ASSISTITO È IN STRUTTURA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

### 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 ABBI 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

