**Sub ALLEGATO A1**

**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 CARE GIVER PER ALTRO** |
| **ATTUALMENTE LA MIA OCCUPAZIONE E’** |  **PENSIONATO** **NON OCCUPATO/IN CERCA DI LAVORO****I IN ASPETTATIVA MA INTENZIONATO A TORNARE AL LAVORO****I IMPOSSIBILITATO A LAVORARE A CAUSA DEL RUOLO DI CARE GIVER** **MAI ENTRATO NE MONDO DEL LAVORO A CAUSA DEL RUOLO DI CARE GIVER** **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 racccolti 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 ATONOMIA 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 CARE GIVER**

|  |  |
| --- | --- |
| **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?***

**si 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**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**