

**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</b> <input type="checkbox"/> <b>ELIBE</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>	

LA DISABILITÀ È RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA L.104	ART 3 COMMA 1 <input type="checkbox"/>
	ART 3 COMMA 3 <input type="checkbox"/>
TIPOLOGIA DI DIFFICOLTÀ PREVALENTI	<b>MOTORIE</b> <input type="checkbox"/> <b>COGNITIVE</b> <input type="checkbox"/> <b>RELAZIONALI</b> <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/> RO specificare _____
L'ASSISTITO PUÒ ESSERE LASCIATO SOLO?	<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

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

HO DOVUTO RINUNCIARE AL LAVORO	<b>SI PER FARE CARE GIVER</b> <input type="checkbox"/> <b>PER</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTRO</b>
ATTUALMENTE LA MIA OCCUPAZIONE È	<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>

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 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 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?  SÌ  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**

---