

**“SUB ALLEGATO A”
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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Recapito telefonico	
Indirizzo email	

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.

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.

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 difficoltà prevalenti	Motorie ☐ Cognitive ☐ Relazionali ☐ Altro Specificare ☐ _____
L'assistito può essere lasciato solo?	SI ☐ NO ☐ Per poco tempo ☐

A.2 RAPPORTI DI PARENTELA CON L'ASSISTITO

- HO RAPPORTI 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	Dip. Pubblico ☐ Dip. Privato ☐ Lavoratore autonomo ☐
Ore di impegno lavorativo giornaliero	n. ore _____
Essere caregiver ha comportato	Riduzione orario di lavoro ☐ Rimodulazione attività lavorativa ☐ Uso smart working ☐ Nessun cambiamento ☐
Utilizzo permessi previsti dalla legge	Permessi L. 104 ☐ Congedi ☐ Per n. ore mensili _____

Ho dovuto rinunciare al lavoro	Si per fare il 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 ☐

B.2.1 L'ASSISTITO E' IN GRADO DI:

- ❖ Organizzare la propria giornata ☐ 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 ☐
- ❖ E'capace di organizzare i servizi di assistenza quotidiani? ☐ SI ☐ NO ☐
- ❖ Esprime le proprie esigenze in modo comprensibile ☐ SI ☐ NO ☐

B.2.2 RICEVE SUPPORTO NELLO SVOLGERE ATTIVITA'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 _____

NO ☐ non ricevo alcun supporto, sono solo/a

B.3.1 IMPATTO ASSISTENZIALE SUL BENESSERE PSICOFISICO RELAZIONALE DEL CAREGIVER

Convive con l'assistito	SI ☐	NO ☐
Da quanto tempo		
La convivenza è data dalla disabilità	SI ☐	NO ☐
L'assistito è in struttura	SI ☐	NO ☐

B.3.2 TEMPI DI CURA

Per quanto tempo è richiesto il suo intervento di cura?

☐ H 24 ☐ ORE GIORNALIERE N. _____ ORE NOTTURNE N. _____

☐ 365 GIORNI ALL'ANNO

Ci sarebbe qualcuno che potrebbe sostituirla 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.4 STATO DI SALUTE E QUALITA' DELLA VITA

COME GIUDICA LA SUA SALUTE

Eccellente ☐ Molto buona ☐ Buona ☐ Discreta ☐ Scarsa ☐

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

Abbastanza ☐ Per nulla ☐

COME GIUDICA LA QUALITA' DELLA SUA VITA?

Eccellente ☐ Molto buona ☐ Buona ☐ Discreta ☐ Scarsa ☐

RITIENE DI AVERE ABBASTANZA TEMPO PER SE'?

SI ☐ NO ☐

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

Raramente ☐ Qualche volta ☐ Spesso ☐ Quasi sempre ☐

LE CREA PREOCCUPAZIONE O ANSIA LA RESPONSABILITA' CHE DERIVA DALL'ESSERE CAREGIVER?

Raramente ☐ Qualche volta ☐ Spesso ☐ Quasi sempre ☐

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

CHE TIPO DI SVAGO?

OSSERVAZIONI

***NOTA BENE* Alla presente istanza dovrà essere allegata la copia del verbale INPS della Legge 104 e di invalidità Civile della persona assistita.**

FIRMA CAREGIVER
