

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLO "STATUS"
DI CAREGIVER FAMILIARE

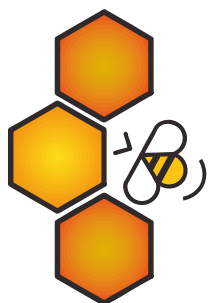
IL/LA SOTTOSCRITTO/A

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 ALTRO specificare	COGNITIVE	RELAZIONALI
L'ASSISTITO PUÒ ESSERE LASCIATO SOLO?	SI TEMPO	NO	PER POCO (max min./ore)

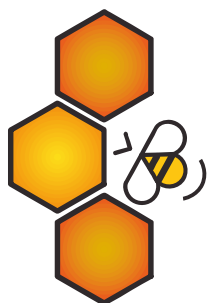
A.2 RAPPORTI DI PARENTELA CON L'ASSISTITO

- ☐ 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

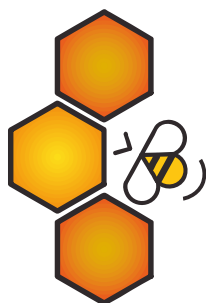
STO ATTUALMENTE LAVORANDO DALL'ANNO _____ CON N. _____ ANNI DI CONTRIBUTI	DIPENDENTE PUBBLICO DIPENDENTE PRIVATO LAVORATORE AUTONOMO
ORE DI IMPEGNO LAVORATIVO GIORNALIERO	
ESSERE CARE GIVER HA COMPORTATO	RIDUZIONE ORARIO LAVORO RIMODULAZIONE ATTIVITÀ LAVORATIVA USO SMART WORKING NESSUN CAMBIAMENTO LAVORATIVO
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 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 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

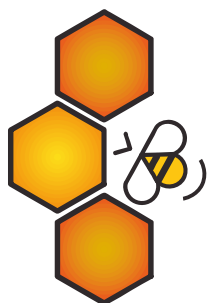
SE SI È UNA PERSONA CHE APPARTIENE AL QUOTIDIANO DELL'ASSISTITO? SI ☒ NO

POTREBBE INDICARLA? _____

CHE RAPPORTO HA CON L'ASSISTITO? _____

PER QUANTO POTREBBE SOSTITUIRLA? _____

B.3.2 BENESSERE PSICOFISICO RELAZIONALE DEL CAREGIVER



DISTRETTO **A**
Socio-Assistenziale

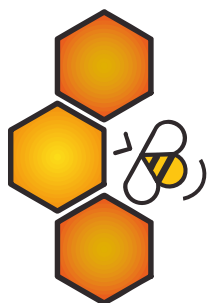
**DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE FR-A
(PROVINCIA DI FROSINONE)**

COMUNE CAPOFILA: ALATRI

Comuni di: Acuto, Alatri, Anagni, Collepardo, Filettino, Fiuggi,
Guarcino, Paliano, Piglio, Serrone, Sgurgola, Torre Cajetani,
Trevi nel Lazio, Trivigliano, Vico nel Lazio.

Piazza Regina Margherita - 03011 ALATRI (FR)

0775.448210/13
info@distrettosocioassistenziale.org
protocollo.comunealatri@pec.it
www.distrettosocioassistenziale.org



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
