ALLEGATO 2

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 CAREGIVER** ☐ **PER ALTRO** ☐
ATTUALMENTE LA MIA OCCUPAZIONE E'	☐ **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

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 CAREGIVER

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**

_____ _____