

## 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 <input type="checkbox"/> VEDOVO <input type="checkbox"/> DIVORZIATO <input type="checkbox"/> CONVIVENTE <input type="checkbox"/> SEPARATO <input type="checkbox"/> NUBILE/CELIBE <input type="checkbox"/>
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	

<b>LA DISABILITÀ È RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA L.104</b>	ART 3 COMMA 1 <input type="checkbox"/>
	ART 3 COMMA 3 <input type="checkbox"/>
<b>TIPOLOGIA DI DIFFICOLTÀ PREVALENTI</b>	<b>MOTORIE</b> <input type="checkbox"/> <b>COGNITIVE</b> <input type="checkbox"/> <b>RELAZIONALI</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTRO</b> specificare _____ <input type="checkbox"/>
<b>L'ASSISTITO PUÒ ESSERE LASCIATO SOLO?</b>	<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>PER POCO TEMPO</b> (max _____ min./ore) <input type="checkbox"/>

**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**

<b>STO ATTUALMENTE LAVORANDO DALL'ANNO _____ CON N. _____ ANNI DI CONTRIBUTI</b>	<b>DIPENDENTE PUBBLICO</b> <input type="checkbox"/> <b>DIPENDENTE PRIVATO</b> <input type="checkbox"/> <b>LAVORATORE AUTONOMO</b> <input type="checkbox"/>
<b>ORE DI IMPEGNO LAVORATIVO GIORNALIERO</b>	
<b>ESSERE CARE GIVER HA COMPORTATO</b>	<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>
<b>UTILIZZO PERMESSI PREVISTI DALLA LEGGE</b>	<input type="checkbox"/> <b>PERMESSI L.104</b> <input type="checkbox"/> <b>CONGEDI PER N.ORE MENSILI _____</b>
<b>HO DOVUTO RINUNCIARE AL LAVORO</b>	<b>SI PER FARE CAREGIVER</b> <input type="checkbox"/> <b>PER ALTRO</b> <input type="checkbox"/>
<b>ATTUALMENTE LA MIA OCCUPAZIONE È</b>	<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 CAREGIVER</b>

	<input type="checkbox"/> MAI ENTRATO NEL MONDO DEL LAVORO A CAUSA DEL RUOLO DI CAREGIVER <input type="checkbox"/> 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                       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ❖ HA UNA GIUSTA PERCEZIONE DEL CONTESTO ESTERNO?                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ❖ L'ASSISTITO È IN GRADO DI GESTIRE IN AUTONOMIA I RAPPORTI SOCIALI? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ❖ È CAPACE DI ORGANIZZARE I SERVIZI DI ASSISTENZA QUOTIDIANI?        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ❖ ESPRIME LE PROPRIE ESIGENZE IN MODO COMPRENSIBILE?                 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> 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 <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? ☐ 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?

☐ 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_