

CONSORZIO T.I.NE.R.I

Ambito territoriale sociale VT/5

Calcata, Castel Sant'Elia, Civita Castellana, Corchiano, Fabrica di Roma, Faleria

Gallese, Nepi, Vallerano, Vasanello, Vignanello

Sede: Piazza dello Spedale, Nepi

Pec : consorziotineri@legalmail.it



Allegato 1

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLO "STATUS" DI CAREGIVER FAMILIARE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NOME	
COGNOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
CITTADINANZA	
CODICE FISCALE	
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.5/2024),

A.1 DATI DELL'ASSISTITO

NOME E COGNOME	
DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
DA QUANDO E' IN	

CONDIZIONE DI DISABILITA'	
LA DISABILITA' E' RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA L.104	☐ ART 3 COMMA 1 ☐ ART 3 COMMA 3
TIPOLOGIA DI DIFFICOLTA' PREVELANTI	☐ MOTORIE ☐ COGNITIVE ☐ RELAZIONALI ☐ ALTRO specificare
L'ASSISTITO PUO' ESSERE LASCIATO SOLO	☐ si ☐ No ☐ Per poco tempo (max/min ore)

A2 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 ART2 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 CAREGIVER HA COMPORTATO	☐ RIDUZIONE ORARIO LAVORO ☐ RIMODULAZIONE ATTIVITA' LAVORATIVA ☐ USO SMARTWORKING ☐ NESSUN CAMBIAMENTO LAVORATIVO
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 E'	☐ PENSIONATO ☐ NON OCCUPATO/IN CERCA DI OCCUPAZIONE ☐ IN ASPETTATIVA MA INTENZIONATO A TORNARE A 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 RACCOLTI SARANNO TRATTATI CON STRUMENTI INFORMATICI ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO DI QUESTO PROCEDIMENTO E PER LE FINALITA' CONNESSE ALLE FUNZIONI ISTITUZIONALI DEGLI ENTI PREPOSTI

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

- * ORGANIZZARE LA PROPRIA GIORNATA IN AUTONOMIA ☐ SI ☐ NO
* HA UNA GIUSTA PERCEZIONE DEL CONTESTO ESTERNO ☐ SI ☐ NO
* L' ASSISTITO E' IN GRADO DI GESTIRE IN AUTONOMIA I RAPPORTI SOCIALI? ☐ SI ☐ NO
* E' CAPACE DI ORGANIZZARE I SERVIZI DI ASSISTENZA QUOTIDIANI? ☐ SI ☐ NO
* ESPRIMERE LE PROPRIE ESIGENZE IN MODO COMPRENSIBILE? ☐ SI ☐ NO

B.2.2 COME CAREGIVER 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 E' 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 E' DETTATA DALLA DISABILITA'	☐ SI ☐ NO
L' ASSISTITO E' IN STRUTTURA	☐ SI ☐ NO

B.3.1 TEMPI DI CURA

PER QUANTO TEMPO E' RICHiesto IL SIO 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 E' UNA PERSONA CHE APPARTIENE ALLA QUOTIDIANITA' DELL' ASSISTITO? ☐ SI ☐ NO
POTREBBE INDICARLA? _____

CHE RAPPORTO HA CON L' ASSISTITO? _____
PER QUANTO POTREBBE SOSTITUIRLA? _____

B3.2 BENESSERE PSICOFISICO RELAZIONALE DEL CAREGIVER

COME GIUDICA LA SUA SALUTE

- ☐ ECCELLENTE ☐ MOLTO BUONA ☐ BUONA ☐ DISCRETA ☐ SCARSA

RITIENE DI AVERE ABBASTANZA TEMPO PER SE'?

- ☐ SI ☐ NO

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

☐ RARAMENTE ☐ QUALCHE VOLTA ☐ SPESSO ☐ QUASI SEMPRE

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

☐ RARAMENTE ☐ QUALCHE VOLTA ☐ SPESSO ☐ QUASI SEMPRE

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

CHE TIPO DI SVAGO?

OSSERVAZIONI

FIRMA CAREGIVER

FIRMA OPERATORE PUA
