

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.6

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	<input type="checkbox"/> Nubile/Celibe <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Coniugato <input type="checkbox"/> Separato <input type="checkbox"/> Divorziato <input type="checkbox"/> Vedovo
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	
Certificazioni riconoscimento disabilità	<input type="checkbox"/> legge 104/92, Art, 3 Comma 1 <input type="checkbox"/> legge 104/92, Art, 3 Comma 3 <input type="checkbox"/> titolarità di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 Febbraio 1980, n.18
Tipologia di difficoltà prevalenti	<input type="checkbox"/> Motorie <input type="checkbox"/> Cognitive <input type="checkbox"/> Relazionali <input type="checkbox"/> Altro Specificare _____
L'assistito può essere lasciato solo?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Per Poco Tempo (Max _____ Min./Ore)

A.2 RAPPORTI DI PARENTELA CON L'ASSISTITO

- HO RAPPORTO DI PARENTELA CON L'ASSISTITO E SONO**
 - coniuge;
 - altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso ai sensi dell'articolo 1, comma 20 della legge 20 maggio 2016, n. 76;
 - convivente di fatto ai sensi ai sensi dell'articolo 1, comma 36 della legge 20 maggio 2016, n. 76;
 - familiare o affine entro il secondo grado;
 - familiare entro il terzo grado (mancanza o decesso dei genitori o del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto, ovvero qualora gli stessi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di età).

- 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" DI CAREGIVER PERCHÉ PRESTO ASSISTENZA E CONVIVO CON L'ASSISTITO SOPRA SPECIFICATO.**

DICHIARA INOLTRE:

B.1 CONDIZIONE LAVORATIVA

Sto attualmente lavorando dall'anno _____ con n. _____ anni di contributi	<input type="checkbox"/> dipendente pubblico <input type="checkbox"/> dipendente privato <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo
Ore di impegno lavorativo giornaliero	
Essere Caregiver ha comportato	<input type="checkbox"/> riduzione orario lavoro <input type="checkbox"/> rimodulazione attività lavorativa <input type="checkbox"/> uso smart working <input type="checkbox"/> nessun cambiamento lavorativo
Utilizzo permessi previsti dalla legge	<input type="checkbox"/> permessi l.104/1992 congedi per n° ore mensili _____

Ho dovuto rinunciare al lavoro	<input type="checkbox"/> si per fare Caregiver <input type="checkbox"/> si per altro <input type="checkbox"/> no
Attualmente la mia occupazione è	<input type="checkbox"/> pensionato <input type="checkbox"/> non occupato/in cerca di lavoro <input type="checkbox"/> in aspettativa ma intenzionato a tornare al lavoro <input type="checkbox"/> impossibilitato a lavorare a causa del ruolo di Caregiver <input type="checkbox"/> mai entrato ne 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

Luogo e data

Firma del Caregiver familiare

Si allegano:

- copia di un documento di identità in corso di validità,
- copia verbale Invalidità Civile ed Indennità di Accompagnamento
- copia verbale L. 104/92

-PARTE DA COMPILARE IN FASE DI COLLOQUIO C/O IL PUA-

LA PERSONA ASSISTITA È IN CARICO AI SEGUENTI SERVIZI SOCIO-SANITARI:

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

- No
 SI

Da chi _____

A quale costo mensile _____

A spese di chi _____

L'assistente ha una formazione specifica sulle esigenze dell'assistito

- no
 si

Chi si è fatto carico economico della formazione _____

Chi ha stabilito il tipo di formazione necessaria _____

B.3 IMPATTO ASSISTENZIALE SUL BENESSERE PSICOFISICO RELAZIONALE DEL CARE GIVER

Convive con l'assistito	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Da quanto tempo		
La convivenza è dettata dalla disabilità	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
L'assistito è in struttura	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Potrebbe trovare qualcuno facilmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Se si è una persona che appartiene al quotidiano dell'assistito?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> 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 ABBAIA 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?

LA PRESENTE DOMANDA DEVE ESSERE VERIFICATA PER LA CORRETTEZZA NELLA COMPILAZIONE E LA COMPLETEZZA DEGLI ALLEGATI E DELLA DOCUMENTAZIONE PRESSO LO SPORTELLLO PUA SITUATO PRESSO LA SEDE DI VILLA ALBANI V.LE ALDOBRANDINI N.32

FIRMA CAREGIVER

FIRMA OPERATORE PUA
