**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 PUÒ 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 SOTTOSRITTO 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 SARANNOM 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 GIORNATAIN 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 FORMAZIONESPECIFICA 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**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**