

AI PUA di _____

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	

LA DISABILITÀ È RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA L.104	ART 3 COMMA 1 <input type="checkbox"/>	ART 3 COMMA 3 <input type="checkbox"/>	
TIPOLOGIA DI DIFFICOLTA' PREVALENTE	MOTORIE <input type="checkbox"/>	COGNITIVE <input type="checkbox"/>	RELAZIONALI <input type="checkbox"/>
L'ASSISTITO PUÒ ESSERE LASCIATO SOLO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PER POCO TEMPO <input type="checkbox"/> (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 _____	DIPENDENTE PUBBLICO <input type="checkbox"/> DIPENDENTE PRIVATO <input type="checkbox"/> LAVORATORE AUTONOMO <input type="checkbox"/>
CON N. _____ ANNI DI CONTRIBUTI	
ORE DI IMPEGNO LAVORATIVO GIORNALIERO	
ESSERE CARE GIVER 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 <input type="checkbox"/> CONGEDI PER N.ORE MENSILI _____
HO DOVUTO RINUNCIARE AL LAVORO	<input type="checkbox"/> SI PER FARE CARE GIVER <input type="checkbox"/> PER ALTRO

<p>ATTUALMENTE LA MIA OCCUPAZIONE E'</p>	<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 CARE GIVER <input type="checkbox"/> MAI ENTRATO NE MONDO DEL LAVORO A CAUSA DEL RUOLO DI CARE GIVER <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 SI NO
- ❖ HA UNA GIUSTA PERCEZIONE DEL CONTESTO ESTERNO? SI NO
- ❖ L'ASSISTITO È IN GRADO DI GESTIRE IN AUTONOMIA 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 CARE GIVER

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 INFUITO 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



REGIONE
LAZIO

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
FROSINONE

IL SUO RUOLO DI CAREGIVER FAMILIARE CON QUALE INCIDENZA LE LASCIA TEMPO DA DEDICARE A SÉ?

RARAMENTE QUALCHE VOLTA SPESO QUASI SEMPRE

LE CREA PREOCCUPAZIONE O ANSIA LA RESPONSABILITÀ CHE DERIVA DALL'ESSERE CARE GIVER?

RARAMENTE QUALCHE VOLTA SPESO 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
