

Al 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 DIFFICOLTÀ PREVALENTI	MOTORIE <input type="checkbox"/> COGNITIVE <input type="checkbox"/> RELAZIONALI <input type="checkbox"/> ALTRO specificare _____
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 _____ CON N. _____ANNI DI CONTRIBUTI	DIPENDENTE PUBBLICO <input type="checkbox"/> DIPENDENTE PRIVATO <input type="checkbox"/> LAVORATORE AUTONOMO <input type="checkbox"/>
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



REGIONE
LAZIO

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE

<p>ATTUALMENTE LA MIA OCCUPAZIONE E'</p>	<p><input type="checkbox"/> PENSIONATO</p> <p><input type="checkbox"/> NON OCCUPATO/IN CERCA DI LAVORO</p> <p><input type="checkbox"/> IN ASPETTATIVA MA INTENZIONATO A TORNARE AL LAVORO</p> <p><input type="checkbox"/> IMPOSSIBILITATO A LAVORARE A CAUSA DEL RUOLO DI CARE GIVER</p> <p><input type="checkbox"/> MAI ENTRATO NE MONDO DEL LAVORO A CAUSA DEL RUOLO DI CARE GIVER</p> <p><input type="checkbox"/> STUDENTE</p>
---	---

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 RACCCOLTI 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 ATONOMIA 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 COMPRESIBILE? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

B.3.2 COME CAREGIVER FAMILIARE RICEVE SUPPORTO NELLO SVOLGERE ATTIVITÀ DI CURA

☐ SÌ 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		



REGIONE
LAZIO



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?

☐ SI ☐ NO



REGIONE
LAZIO



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
