



# Comune di Montefiascone

Provincia di Viterbo

**ENTE CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO VT/1**

[Comuni di Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castigione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Montefiascone, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano –ASL VT – Distretto VT/1 Montefiascone]

## 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**

<b>NOME E COGNOME</b>	
<b>DATA DI NASCITA</b>	
<b>RESIDENZA</b>	
<b>DA QUANDO È IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ</b>	
<b>LA DISABILITÀ È RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA L.104</b>	ART 3 COMMA 1 <input type="checkbox"/> ART 3 COMMA 3 <input type="checkbox"/>
<b>TIPOLOGIA DI DIFFICOLTÀ PREVALENTI</b>	MOTORIE <input type="checkbox"/> COGNITIVE <input type="checkbox"/> RELAZIONALI <input type="checkbox"/> ALTRO specificare <input type="checkbox"/>
<b>L'ASSISTITO PUÒ ESSERE LASCIATO SOLO?</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PER POCO <input type="checkbox"/> TEMPO ( 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**

<b>STO ATTUALMENTE LAVORANDO DALL'ANNO _____ CON N. _____ ANNI DI CONTRIBUTI</b>	DIPENDENTE PUBBLICO <input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> PRIVATO LAVORATORE AUTONOMO <input type="checkbox"/>
<b>ORE DI IMPEGNO LAVORATIVO GIORNALIERO</b>	
<b>ESSERE CARE GIVER HA COMPORTATO</b>	<input type="checkbox"/> RIDUZIONE ORARIO LAVORO <input type="checkbox"/> RIMODULAZIONE ATTIVITÀ LAVORATIVA <input type="checkbox"/> USO SMART WORKING

Comune di Montefiascone Prot. n.0005984 del 10-03-2025 partenza

	<input checked="" type="checkbox"/> NESSUN CAMBIAMENTO LAVORATIVO
UTILIZZO PERMESSI PREVISTI DALLA LEGGE	<input checked="" type="checkbox"/> PERMESSI L.104 <input checked="" type="checkbox"/> CONGEDI PER N.ORE MENSILI _____

HO DOVUTO RINUNCIARE AL LAVORO	SI PER FARE CARE GIVER <input checked="" type="checkbox"/> PER ALTRO <input checked="" type="checkbox"/>
ATTUALMENTE LA MIA OCCUPAZIONE E'	<input checked="" type="checkbox"/> PENSIONATO <input checked="" type="checkbox"/> NON OCCUPATO/IN CERCA DI LAVORO <input checked="" type="checkbox"/> IN ASPETTATIVA MA INTENZIONATO A TORNARE AL LAVORO <input checked="" type="checkbox"/> IMPOSSIBILITATO A LAVORARE A CAUSA DEL RUOLO DI CARE GIVER <input checked="" type="checkbox"/> MAI ENTRATO NE MONDO DEL LAVORO A CAUSA DEL RUOLO DI CARE GIVER <input checked="" type="checkbox"/> UDEnte

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 ATONOMIA I RAPPORTI SOCIALI?  SI  NO
- ❖ È CAPACE DI ORGANIZZARE I SERVIZI DI ASSISTENZA QUOTIDIANI?  SI  NO
- ❖ ESPRIME LE PROPRIE ESIGENZE IN MODO COMPRESIBILE?  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 checked="" type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
DA QUANTO TEMPO		
LA CONVIVENZA È DETTATA DALLA DISABILITÀ	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
L'ASSISTITO È IN STRUTTURA	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input checked="" 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 ABBA 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?**

Comune di Montefiascone Prot. n.0005984 del 10-03-2025 partenza

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

---

Comune di Montefiascone Prot. n.0005984 del 10-03-2025 partenza