**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO dello STATUS di**

**CAREGiver FAMILIARE**



**IL/La Sottoscritto/a**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome** |  |
| **Cognome** |  |
| **Data di nascita**  |  |
| **Luogo di nascita**  |  |
| **Indirizzo di residenza** |  |
| **Codice Fiscale** |  |
| **Cittadinanza** |  |
| **Stato civile** | * Nubile/Celibe
* Convivente
* Coniugato
* Separato
* Divorziato
* Vedovo

 |
| **Titolo di studio** |  |
| **Recapito telefonico** |  |
| **Indirizzo e-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**  |  |
| **Luogo di nascita** |  |
| **Residenza** |  |
| **Da quando si trova in condizione di disabilità** |  |
| **Certificazioni**  | * Art 3 Comma 3
* Indennità Di Accompagno
 |
| **Tipologia di difficoltà****prevalenti** | * Motorie
* Cognitive
* Relazionali
* Altro Specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  |
| **L’assistito può essere lasciato solo?** | * Si
* No
* Per poco tempo:

 (Max/ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Min./ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

**a.2 rAPPORTI DI PARENTELA CON L’ASSISTITO**

* coniuge;
* altra parte dell’unione civile tra persone dello stesso sesso ai sensi dell'articolo 1, comma 20della legge 20 maggio 2016, n. 76
* convivente di fatto ai sensi ai sensi dell'articolo 1, comma 36della 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 FAMILIARE convivente con la persona bisognosa di cura ed assistenza garantendone la permanenza nel proprio ambiente familiare.

**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 care giver ha comportato | * riduzione orario lavoro
* rimodulazione attività lavorativa
* uso smart working
* nessun cambiamento lavorativo
 |
| utilizzo permessi previsti dalla legge | permessi l.104congedi per n° ore mensili \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| ho dovuto rinunciare al lavoro | * sì per fare caregiver
* sì per altro
* no
 |
| attualmente la mia occupazione è | * pensionato
* non occupato/in cerca di lavoro
* in aspettativa ma intenzionato a tornare al lavoro
* impossibilitato a lavorare a causa del ruolo di caregiver
* mai entrato ne mondo del lavoro a causa del ruolo di caregiver
* studente
 |

il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella domanda ai sensi del D.Lgs 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,*

*Si allega:*

* *copia di un documento di identità in corso di validità caregiver*
* *copia di un documento di identità in corso di validità del beneficiario*
* *copia verbale di invalidità*

**Firma del Caregiver familiare**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del beneficiario per conferma scelta caregiver (***qualora non impossibilitato alla firma)*

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