



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

**ALLEGATO B**

**Ufficio Protocollo Comune di Marino**  
protocollo@pec.comune.marino.rm.it

**Ufficio Protocollo Comune di Ciampino**  
protocollo@pec.comune.ciampino.roma.it

**OGGETTO: 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="radio"/> VEDOVO <input type="radio"/> DIVORZIATO <input type="radio"/> CONVIVENTE <input type="radio"/> SEPARATO <input type="radio"/> NUBILE/CELIBE <input type="radio"/>
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 degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

**AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DELLO “STATUS” DI CAREGIVER FAMILIARE****DICHIARA***Di essere persona che presta volontariamente cura ed assistenza**come previsto all'art 2, comma 1 della L.R.5/24*



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

**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.104/92, ART. 3	PERSONA CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO: <b>A. MOLTO ELEVATO</b> <input type="radio"/> <b>B. ELEVATO</b> <input type="radio"/>
TIPOLOGIA DI DIFFICOLTÀ PREVALENTI	MOTORIE <input type="radio"/> COGNITIVE <input type="radio"/> RELAZIONALI <input type="radio"/> ALTRO (SPECIFICARE): _____
L'ASSISTITO PUÒ ESSERE LASCIATO SOLO?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PER POCO TEMPO <input type="radio"/> ( 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



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

**DICHIARA INOLTRE:**

**B.1 - CONDIZIONE LAVORATIVA**

<p>STO ATTUALMENTE LAVORANDO DALL'ANNO _____ CON N. _____ ANNI DI CONTRIBUTI</p>	<p>DIPENDENTE PUBBLICO <input type="radio"/> DIPENDENTE PRIVATO <input type="radio"/> LAVORATORE AUTONOMO <input type="radio"/></p>
<p>ORE DI IMPEGNO LAVORATIVO GIORNALIERO</p>	<p>N. _____</p>
<p>ESSERE CAREGIVER HA COMPORTATO</p>	<p><input type="radio"/> RIDUZIONE ORARIO LAVORO <input type="radio"/> RIMODULAZIONE ATTIVITÀ LAVORATIVA <input type="radio"/> USO SMART WORKING <input type="radio"/> NESSUN CAMBIAMENTO LAVORATIVO</p>
<p>UTILIZZO PERMESSI PREVISTI DALLA LEGGE</p>	<p><input type="radio"/> PERMESSI LEGGE 104/1992 <input type="radio"/> CONGEDI PER N. ORE MENSILI _____</p>
<p>HO DOVUTO RINUNCIARE AL LAVORO</p>	<p>SI PER FARE CAREGIVER <input type="radio"/> PER ALTRO <input type="radio"/></p>
<p>ATTUALMENTE LA MIA OCCUPAZIONE E'</p>	<p><input type="radio"/> PENSIONATO <input type="radio"/> NON OCCUPATO/IN CERCA DI LAVORO <input type="radio"/> IN ASPETTATIVA MA INTENZIONATO A TORNARE AL LAVORO <input type="radio"/> IMPOSSIBILITATO A LAVORARE A CAUSA DEL RUOLO DI CAREGIVER <input type="radio"/> MAI ENTRATO NE MONDO DEL LAVORO A CAUSA DEL RUOLO DI CAREGIVER <input type="radio"/> STUDENTE</p>



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

**B.2 - 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 COMPRESIBILE? SI NO

**B.2.1 - COME CAREGIVER FAMILIARE RICEVE SUPPORTO NELLO SVOLGERE ATTIVITÀ DI CURA**

SI, DA \_\_\_\_\_ A QUALE COSTO MENSILE \_\_\_\_\_

A SPESE DI \_\_\_\_\_

- ❖ 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 CAREGIVER**

CONVIVE CON L'ASSISTITO	SI	NO
DA QUANTO TEMPO		
LA CONVIVENZA È DETTATA DALLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ	SI	NO
L'ASSISTITO È IN STRUTTURA	SI	NO



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

**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 SÌ, 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?				
<input type="radio"/> ECCELLENTE	<input type="radio"/> MOLTO BUONA	<input type="radio"/> BUONA	<input type="radio"/> DISCRETA	<input type="radio"/> SCARSA

RITIENE CHE L'ESSERE CAREGIVER FAMILIARE ABBA INFLUITO NEGATIVAMENTE SULLA SUA SALUTE?	
<input type="radio"/> ABBASTANZA	<input type="radio"/> PER NULLA

COME GIUDICA LA QUALITÀ DELLA SUA VITA?				
<input type="radio"/> ECCELLENTE	<input type="radio"/> MOLTO BUONA	<input type="radio"/> BUONA	<input type="radio"/> DISCRETA	<input type="radio"/> SCARSA

RITIENE DI AVERE ABBASTANZA TEMPO PER SÉ?	
<input type="radio"/> SÌ	<input type="radio"/> NO

Comune di Marino Prot. N.0039032 del 14-05-2026 partenza Cat7 Cl.15



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



ASL RM 6

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

 RARAMENTE QUALCHE VOLTA SPESSO QUASI SEMPRE

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

 RARAMENTE QUALCHE VOLTA SPESSO QUASI SEMPRE

QUANDO È STATA L'ULTIMA VOLTA CHE HA ORGANIZZATO UN MOMENTO DI SVAGO PER SÈ?

CHE TIPO DI SVAGO?

**OSSERVAZIONI:****Si allega:**

- ✓ copia del verbale INPS della Legge 104 art. 3 c. 3 o di Indennità di accompagnamento ai sensi della legge n.18 dell'11/2/1980;
- ✓ copie dei documenti di identità dell'Assistito e del Caregiver.

**FIRMA CAREGIVER****FIRMA OPERATORE PUA**

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.

**FIRMA CAREGIVER**