



DISTRETTO SOCIOSANITARIO RM 5.1

SCHEDA CAREGIVER FAMILIARE - SUB ALLEGATO A.1 DGR 341-2021

ATTENZIONE: QUESTO MODULO CONTIENE DELLE AUTOCERTIFICAZIONI RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445 (TESTO UNICO SULLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA). IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI E AMMINISTRATIVE PREVISTE DALL'ART. 76 DEL TESTO UNICO IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE, FALSITA' NEGLI ATTI, USO O ESIBIZIONE DI ATTI FALSI O CONTENENTI DATI NON RISPONDENTI A VERITA'. IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI RENDERE I DATI SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' ED E' CONSAPEVOLE CHE L'AMMINISTRAZIONE PROCEDERA' AI CONTROLLI PREVISTI DALL'ART. 71 DEL TESTO UNICO.

QUADRO A) DATI DEL CAREGIVER

COGNOME	NOME		
NATO A		PROV.	IL
RESIDENTE NEL COMUNE DI		PROV.	CAP.
INDIRIZZO			N.
TELEFONO	C.F.		
EMAIL			

DICHIARA di essere "CAREGIVER FAMILIARE" di :

QUADRO B) DATI DELLA PERSONA ASSISTITA

COGNOME	NOME		
NATO A		PROV.	IL
RESIDENTE NEL COMUNE DI		PROV.	CAP.
INDIRIZZO			N.
C.F.			
DOMICILIATO (se indirizzo diverso da residenza)			
IN QUALITA' DI:	GENITORE	CONIUGE	CONVIVENTE DI FATTO

FAMILIARE ENTRO IL SECONDO GRADO (specificare se nonno/nipote o fratello /sorella)

AFFINE (parenti dell'altro coniuge entro il secondo grado, es. cognati o nonno dell'altro coniuge)

FAMILIARE ENTRO IL TERZO GRADO (nelle ipotesi previste all' art. 33, comma 3 Legge 104/1992) e nel caso in cui l' assistito sia riconosciuto invalido ai sensi dell'art. 3 , comma 3 ella Legge 104/1992 o titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 1.

SPECIFICARE SE trattasi di BISNONNO, ZIO, NIPOTE DI ZIO)

ALTRO (SPECIFICARE)
AD ESEMPIO AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

DICHIARA

- DI ESSERE CAREGIVER DALL'ANNO _____ per un totale di anni alla data odierna:

- DI ESSERE impegnato nell'attività di CAREGIVER per circa n. _____ ore al giorno. (intensità impegno di cura)

DATA _____

Firma del CAREGIVER

SPAZIO RISERVATO PER LE DICHIARAZIONI DELL'ASSISTITO / DEL SUO TUTORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____

PROV. _____

IL _____

RESIDENTE NEL COMUNE DI _____

PROV. _____

CAP. _____

OPPURE (IN PRESENZA DI UN TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO LEGALMENTE NOMINATO CON PROVVEDIMENTO DEL GIUDICE TUTELARE)

COGNOME TUT/ADS _____

NOME TUT/ADS _____

NATO A _____

PROV. _____

IL _____

RESIDENTE NEL COMUNE DI _____

PROV. _____

CAP. _____

C.F. TUTORE _____

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 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA CHE _____

è il **CAREGIVER** familiare.

DATA _____

Firma dell'assistito o del suo Tut/ADS

Alleare copia documento assistito e CAREGIVER

SPAZIO A CURA DEL SERVIZIO SOCIALE

Si conferma che il/la Sig./a _____

è stato/a incluso/a nel PAI del/della proprio/a assistito/a, Con disabilità o non autosufficienza in data

Contatti minimi obbligatori annuali con il referente /Case manager _____

Copia della scheda, in sede di sottoscrizione di PAI, verrà consegnata al caregiver familiare riconosciuto.

Firma dell'assistito o del suo TUT/ADS

INFORMATIVA PRIVACY

REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI - REGOLAMENTO U.E. 679/2016 e D.Lgs.n.196/2003 come aggiornato dal D.Lgs.n.101/2018 - DICHIARAZIONE DI CONSENSO:

Il sottoscritto in qualità di firmatario della presente dichiarazione è informato/a che i dati personali, sensibili e giudiziari di cui alla presente comunicazione, sono richiesti obbligatoriamente per le finalità di cui DGR 431-2021, di cui dichiaro aver preso visione, acconsente al trattamento degli stessi, anche con strumenti informatici, consapevole che non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza.
In osservanza della vigente normativa sulla Privacy, si garantisce la massima riservatezza riguardo i dati personali acquisiti, ai dati sensibili acquisiti ai sensi dell'art.9 ed ai dati giudiziari acquisiti ai sensi dell'art. 10 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati Personali - Regolamento U.E. 679/2016 e ss.mm.i.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di residenza dell'assistito per il quale si presenta la dichiarazione.

Il Responsabile del Trattamento dei Dati Personali è il Responsabile del Servizio Sociale del Comune di Residenza dell'assistito per il quale si presenta la dichiarazione

NOTE:

Riconosciuto dalla Regione Lazio il ruolo del “Caregiver familiare”

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 341 del 08/06/2021 la Regione Lazio ha provveduto a riconoscere formalmente il ruolo e l'impegno di cura del “caregiver familiare”, la valorizzazione sociale del ruolo e la promozione di interventi di sostegno.

La disciplina regionale fa riferimento alla definizione contenuta nella l.r. 11/2016 e richiamata anche nel Piano Sociale regionale: “Il caregiver familiare è la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente o comunque in condizioni di necessario ausilio di lunga durata, non in grado di prendersi cura di sé”.

La valorizzazione del caregiver familiare sarà sottolineata anche all'interno dei Pai degli utenti con disabilità e non autosufficienza; il Piano Assistenziale Individualizzato verrà condiviso infatti, nei contenuti e nelle finalità, dai principali interlocutori: servizi-utente-caregiver familiare.

I cittadini del Distretto Sociosanitario RM 5.1 (Monterotondo – Mentana – Fonte Nuova) così come previsto dalla DGR n. 341/2021, dovranno compilare la “Scheda caregiver familiare” e consegnarla presso l'Ufficio Protocollo del comune di residenza, allegando altresì:

- copia del documento di identità dell'assistito e del caregiver familiare

-