ALLEGATO A1 "Scheda Caregiver familiare"

Al Comune Capofila di Gaeta
Distretto Socio-Sanitario LT/5
Piazza XIX Maggio, n. 1 04024 GAETA (LT)
distrettosociosanitariolt5@pec.comune.gaeta.lt.it
distrettosociosanitariolt5@comune.gaeta.lt.it

Il/la Sottoscritto/a Nome e Cognome

nato a.....il.....

residente in .....

Codice fiscale .....

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

di essere "CAREGIVER FAMILIARE" di .....(nome e cognome dell'assistito)

nato a .....,.... il .....

residente in .....

domiciliato in (se diverso dalla residenza).....

Codice fiscale

DICHIARA

inoltre, di essere:

☐ genitore

☐ coniuge

☐ convivente di fatto

☐ familiare entro il secondo grado (specificare ad es. Genitori nonno/nipote o fratello /sorella)

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

☐ familiare entro il terzo grado (specificare ad es. bisnonno o zio o nipote di zio) 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.

☐ altro .....

- di essere caregiver da: (indicazione durata)_____
- di essere impegnato nell'attività di caregiving per circa h/giorni: (dichiarazione dell'intensità dell'impegno di cura) _____
- di allegare copia del Documento di Riconoscimento.

Luogo e data:

FIRMA CARE GIVER

_____

_____

Si allega informativa privacy e consenso al trattamento dei dati.

Il/la Sottoscritto/a Nome e Cognome

nato a.....il.....

residente in .....

Codice fiscale .....

Oppure

Il/la Sottoscritto/a Nome e Cognome nominato con provvedimento del Giudice

tutelare nato a.....il.....

residente in .....

Codice fiscale

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 il Sig./Sig.ra è il proprio caregiver familiare.

- di allegare copia del Documento di Riconoscimento.

Luogo e data: FIRMA ASSISTITO

_____

Sezione a cura dei servizi

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.