

DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ATTIVITA' DI CAREGIVER MISURA B2

Da compilare ad integrazione della domanda, qualora si richieda il buono sociale Caregiver

ALL'AMBITO TERRITORIALE DI CARATE BIANZA

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ genere M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____

Tel. _____ e-mail (obbligatorio) _____

Codice fiscale _____

In qualità di CAREGIVER

di **Nome** _____ **Cognome** _____

CONSAPEVOLE delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti

DICHIARA

1. Di assistere per n° _____ ore settimanali il beneficiario per cui si richiede il buono caregiver;

2. di svolgere le seguenti funzioni di assistenza e cura (dettagliare):

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

Si ricorda che il ruolo principale del caregiver è quello di fornire supporto assistenziale oltre che sostegno psicologico e affettivo all'assistito. Le attività normalmente svolte dal caregiver consistono nel prestare cure e sostegno a persone non più in grado di svolgere le cosiddette "attività della vita quotidiana", di cui riportiamo alcuni esempi:

- attività di base, come alimentarsi, lavarsi, vestirsi, usare la toilette, muoversi in casa etc.;
- attività strumentali: come l'uso del telefono, fare acquisti, preparare il cibo, governare la casa, lavare la biancheria, spostarsi fuori casa, maneggiare medicinali e denaro, accompagnare a terapie specialistiche periodiche, fornire prestazioni di cura anche a carattere sanitario, etc.

Non sono considerate attività del care giver quelle di normale gestione dell'assistito in relazione alla sua età, in particolare connesse alla genitorialità.

3. di svolgere le funzioni di assistenza e cura nei seguenti orari/ momenti della giornata e della settimana (segnare quante ore vengono svolte per ogni momento):

	MATTINA	POMERIGGIO	SERA
LUNEDI	N° ore.....	N° ore.....	N° ore.....
MARTEDI	N° ore.....	N° ore.....	N° ore.....
MERCOLEDI	N° ore.....	N° ore.....	N° ore.....
GIOVEDI	N° ore.....	N° ore.....	N° ore.....
VENERDI	N° ore.....	N° ore.....	N° ore.....
SABATO	N° ore.....	N° ore.....	N° ore.....
DOMENICA	N° ore.....	N° ore.....	N° ore.....

Data _____

Firma _____

Le dichiarazioni sopra riportate saranno soggette a verifiche anche attraverso visite domiciliari da parte dei servizi sociali del Comune di residenza dell'assistito o dell'Ufficio di Piano.