

RICHIESTA DI UN/A ASSISTENTE FAMIGLIARE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Indirizzo (via e Comune di residenza)

Telefono

E-Mail

C.F.

CHIEDEUN/A ASSISTENTE FAMIGLIARE PER

- ME STESSO
- PERSONA PER LA QUALE RICOPRO IL RUOLO DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO O DI TUTORE

➤ PROFILO DELL'ASSISTITO:

- Età:
- Corporatura/Peso:
- Livello di Autosufficienza nello svolgimento delle funzioni relative all'igiene personale:
 - Autonomo,
 - parzialmente autonomo,
 - non autonomo.
- Livello di Autosufficienza nello svolgimento delle funzioni relative all'alimentazione:
 - Autonomo,
 - parzialmente autonomo,
 - non autonomo.
- Livello di Autosufficienza nella deambulazione:
 - Autonomo,
 - parzialmente autonomo,
 - non autonomo.
- Descrivere eventuali patologie e/o uso di presidi/ausili quali deambulatore, pannolone, sollevatore, ecc.

➤ COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE: Vivo da Solo/a Vivo con le seguenti persone:

Specificare se le persone conviventi sono autosufficienti e descriverne eventuali patologie e/o uso di presidi/ausili quali deambulatore, pannolone, sollevatore, ecc.

➤ CARATTERISTICHE DELLA PRESTAZIONE: Assistente alla Persona Cura della Casa Orario Diurno Orario Notturno Convivenza completa Disponibilità camera dedicata se in convivenza

FASCIA ORARIA E GIORNI DELLA SETTIMANA (specificare se si necessita anche di sabato e/o domenica)

PRESTAZIONI RICHIESTE:

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia Documento di Identità dell'assistito e di eventuale suo tutore/amministratore di sostegno.

FINALITA'

- Erogazione di servizi di supporto all'incontro domanda/offerta di assistenza e cura in favore delle famiglie (Sportelli "SAF")
- Creazione di opportunità che incrementino il tasso locale di occupazione
- Sensibilizzazione e sostegno alla diffusione di rapporti di lavoro regolari

IMPEGNI DELL'ENTE EROGATORE DEL SERVIZIO SAF:

- Attuare un colloquio conoscitivo e di analisi dei bisogni
- Selezionare fino a 3 cv dalla Banca Dati SAF, Assistenti Familiari, sulla base dei bisogni e delle necessità emerse in sede di colloquio e verificare la disponibilità dei candidati individuati
- Comunicare, entro **7 giorni lavorativi**, i risultati della verifica effettuata al punto precedente con consegna dei cv o dei contatti dei candidati
- Fornire, se richiesto, informazioni base in merito alla gestione amministrativa/contrattuale del rapporto di lavoro con l'assistente familiare;
- Orientare la famiglia agli enti competenti in caso di necessità di assistenza per la definizione del contratto di lavoro.

IMPEGNI DELL'UTENTE DEL SERVIZIO SAF:

- Avere un atteggiamento attivo e collaborativo con il servizio
- Comunicare l'esito della selezione effettuata sulla base dei cv presentati
- Impegnarsi a definire un rapporto di lavoro regolare con l'Assistente Familiare selezionato
- Comunicare all'Operatrice di Sportello eventuali casi di individuazione di un Assistente Familiare attraverso reti alternative ai servizi SAF

Firma Utente

I suoi dati saranno conservati anche dopo il primo eventuale incrocio domanda-offerta per ottemperare il debito informativo, salvo sua richiesta di cancellazione.

Autorizzo Il Consorzio Desio-Brianza a utilizzare i dati forniti per contattarmi e fornirmi comunicazioni di carattere formativo e/o informativo

si **no**

Data,.....

Firma Utente

Info:

Tel. 331-4550134 - chiamare solo nei giorni ed orari di apertura dello sportello come da calendario pubblicato on-line

Indirizzo email: saf@codebri.mb.it