

14. Domanda di congedo straordinario per l'assistenza di fratello o sorella

Domanda di congedo straordinario per il fratello o la sorella con disabilità grave

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

ALLA SEDE INPS DI _____

ALL'AZIENDA _____

Via _____ n. _____

IL DATORE DI LAVORO È AUTORIZZATO AL PAGAMENTO SOLO SE SUL MODULO È PRESENTE IL NUMERO DI PROTOCOLLO INPS

Fratello / Sorella richiedente

NOME _____

COGNOME _____

CODICE FISCALE _____

NATO/A IL GG/MM/AAAA _____

A _____

PROV. _____

STATO _____

RESIDENTE IN _____

PROV. _____

STATO _____

CITTADINANZA _____

INDIRIZZO _____

CAP _____

TELEFONO* _____

CELLULARE* _____

INDIRIZZO E-MAIL* _____

Chiedo

- di usufruire del congedo straordinario spettante ai fratelli o sorelle di persona in condizione di handicap grave e della relativa indennità (art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001)
- il pagamento diretto da parte dell'Inps dell'indennità, in quanto operaio agricolo

Periodi di congedo richiesti

Chiedo di poter usufruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:

dal _____ al _____

* Dati facoltativi

● **Dichiarazione del fratello o della sorella richiedente**

Dichiaro:

- di essere convivente con il fratello in condizione di disabilità grave
- che mio/a fratello/sorella non è coniugato/a o non convive con il coniuge
- che il coniuge di mio/a fratello/sorella non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo
- che il coniuge di mio/a fratello/sorella non ha mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona
- che il coniuge di mio/a fratello/sorella ha usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave
- che il coniuge di mio/a fratello/sorella non ha chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicati di congedi straordinari retribuiti e non intende richiederli negli stessi periodi
- che i miei genitori sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)
- che l'unico genitore vivente è totalmente inabile (allegare certificazione)
- che i miei genitori deceduti o totalmente inabili e altri fratelli/sorelle (anche se deceduti/e) non hanno mai usufruito per l'assistenza al disabile di giorni di congedo straordinario retribuito
- che i miei genitori deceduti o totalmente inabili e gli altri fratelli/sorelle (anche se deceduti/e) hanno usufruito complessivamente per l'assistenza al disabile di n. _____ giorni di congedo straordinario retribuito
- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze dell'Azienda indicata nella prima pagina
 - matricola Inps dell'Azienda (per le aziende agricole indicare partita IVA o codice fiscale) _____
 - settore di appartenenza (*industria, artigianato, terziario, servizi, agricoltura, ecc.*) _____
 - qualifica (*impiegato, operaio, ecc.*) _____
 - con contratto a tempo indeterminato a tempo determinato con a part time verticale
 - scadenza il _____
 - periodi di prevista attività di lavoro: dal _____ al _____
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
 - dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
 - dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
 - presso l'Azienda/Ente _____
 - via _____ n. _____
 - città _____ matricola aziendale n. _____
- di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari"
(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)
 - dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
 - dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
 - presso l'Azienda/Ente _____
 - via _____ n. _____
 - città _____ matricola aziendale n. _____

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

data _____

firma _____

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento

● **Dati e dichiarazione del fratello o della sorella disabile**

NOME _____ COGNOME _____
CODICE FISCALE _____ NATO/A IL GG/MM/AAAA _____
A _____ PROV. _____ STATO _____
RESIDENTE IN _____ PROV. _____ STATO _____
INDIRIZZO _____ CAP _____
TELEFONO* _____ CELLULARE* _____
INDIRIZZO E-MAIL* _____

Dichiaro (in caso di soggetto maggiorenne)

- di essere fratello o sorella del richiedente
- di essere convivente con il fratello/sorella richiedente
- di essere in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____
- di non essere ricoverato a tempo pieno
- di non essere impegnato in attività lavorativa
- di essere assistito con carattere di sistematicità ed adeguatezza dal fratello richiedente

firma _____
Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento

● **Dichiarazione del familiare del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute**

io sig. _____ ho prestato questa
dichiarazione in qualità di (grado di parentela) _____
del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.
Firma del familiare _____

Attesto che tale dichiarazione è stata resa dal sig. _____
_____ (estremi di un documento di riconoscimento) _____
il quale ha altresì dichiarato di essere (grado di parentela) _____
del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Luogo e data

Timbro e firma dell'addetto

Dichiarazione del disabile che non sa o non può firmare

Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato mediante (estremi di un documento di riconoscimento) _____
il quale mi ha altresì dichiarato che non sa firmare che non può firmare a causa di un impedimento

Luogo e data

Timbro e firma dell'addetto

● **Dati e dichiarazione del tutore/curatore/amministratore di sostegno**

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A RESIDENTE IN

INDIRIZZO CAP

TELEFONO CELLULARE

nella sua qualità di: tutore curatore amministratore di sostegno di:

Se l'interessato è soggetto a tutela, a curatela o ad amministrazione di sostegno, la presente dichiarazione è resa e sottoscritta rispettivamente dal tutore o dall'interessato con l'assistenza del curatore o dell'amministratore di sostegno.(art.5 del DPR 445/2000).

● **Dati del disabile**

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A RESIDENTE IN

INDIRIZZO CAP

● **Dichiaro che il disabile**

- è fratello o sorella del richiedente
- è convivente con il fratello/sorella richiedente
- è in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____
- non è ricoverato a tempo pieno
- non è impegnato in attività lavorativa
- è assistito con carattere di sistematicità ed adeguatezza dal fratello richiedente

firma _____

● **Documentazione allegata** (da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi ex lege 104/92)

- Certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di di gravità dell'handicap
- Copia del decreto di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno
- Altro (indicare) _____

● **Detrazioni d'imposta**

(articolo 23 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600 e successive modifiche e integrazioni)

- non ho diritto alle detrazioni
- ho diritto alle detrazioni - *obbligatorio presentare il modello MV10 (disponibile sul sito www.inps.it)*

● **Modalità di pagamento** (solo in caso di pagamento diretto)

- Bonifico domiciliato presso Ufficio postale
- Accredito sul conto corrente bancario o postale (indicare le coordinate bancarie che possono essere rilevate dall'estratto conto bancario)

 **CODICE IBAN**

● **Delega al Patronato**

Delego il patronato _____
presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti di Inps, per la trattazione della presente domanda.

Firma dell'operatore del Patronato _____

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.

Fonte: www.inps.it/Modulistica