

7. Modulo di autocertificazione relativo ai requisiti socio-economici

Elementi socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidita' civile

(ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Dati personali

COGNOME NOME

SECONDO COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

In caso di minorenni, interdetto, inabilitato:

Dati del rappresentante legale

In qualità di genitore tutore amministratore di sostegno curatore

COGNOME NOME

Dichiara di essere:

Dichiara che il richiedente - Cognome _____ Nome _____ è

Residente a _____ Via/piazza _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ prov. _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail/P.E.C. _____

coniugato / a con _____ nato / a il (gg/mm/aaaa) _____

a _____ codice fiscale _____

vedovo / a celibe / nubile separato / a divorziato / a

cittadino italiano

cittadino della Repubblica di S. Marino

cittadino U.E. iscritto nell'anagrafe del Comune di _____ dal _____

(Presentare la certificazione in originale alla sede INPS / Ente concessore competente)

cittadino extracomunitario in possesso di permesso di soggiorno / carta di soggiorno / permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo

(Presentare la certificazione in originale alla sede INPS / Ente concessore competente)

apolide in possesso di permesso di soggiorno / carta di soggiorno / permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo

(Presentare la certificazione in originale alla sede INPS / Ente concessore competente)

rifugiato politico titolare di permesso di soggiorno / carta di soggiorno / permesso di soggiorno CEE per soggiornanti di lungo periodo

(Presentare la certificazione in originale alla sede INPS / Ente concessore competente)

beneficiario di protezione sussidiaria titolare di permesso di soggiorno

(Presentare la certificazione in originale alla sede INPS / Ente concessore competente)

Quadro A (da compilare se il richiedente è riconosciuto invalido civile con accompagnamento, cieco assoluto, minore con indennità di frequenza ovvero di accompagnamento)

● **Per invalidi con accompagnamento e ciechi assoluti, minori con indennità di frequenza ovvero di accompagnamento**

Il sottoscritto dichiara che nel periodo dalla data della domanda ad oggi:

- non è stato ricoverato è stato ricoverato

presso: _____

- a titolo gratuito
 a totali spese proprie
 a spese proprie con contributo di ente pubblico
 per ricoveri ordinari/riabilitativi in reparti di lunga degenza

nei periodi: dal _____ al _____ - dal _____ al _____

Dichiara inoltre che attualmente:

- non è ricoverato è ricoverato

presso: _____

- a titolo gratuito
 a totali spese proprie
 a spese proprie con contributo di ente pubblico
 per ricoveri ordinari/riabilitativi in reparti di lunga degenza;

● **Per invalidi con indennità di accompagnamento, ciechi assoluti e ciechi parziali**

Il sottoscritto dichiara altresì di:

- non essere di essere titolare di altra indennità di accompagnamento
 per causa di lavoro/servizio (**presentare alla sede INPS / Ente concessore copia della documentazione relativa alla prestazione in godimento**)
 per causa di guerra (**presentare alla sede INPS / Ente concessore copia della documentazione relativa alla prestazione in godimento**)

Il sottoscritto dichiara inoltre che nel periodo dalla data della domanda ad oggi:

- non ha fruito ha fruito del servizio di accompagnamento legge 289/2002, art. 40, comma 4
 non fruisce fruisce del servizio di accompagnamento legge 289/2002, art. 40, comma 4

● **Per invalidi con indennità di frequenza**

Il sottoscritto dichiara altresì di: (*opzione per incompatibilità con altre indennità*)

- non essere titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile
 essere titolare di altra/e prestazione/i di indennità erogata a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile e di voler optare per l'indennità/le indennità di cui è già titolare
 l'indennità di frequenza

data _____

Firma _____

Quadro B (da compilare se il richiedente è riconosciuto invalido civile parziale)

Dichiarazione attività lavorativa e titolarità di altre prestazioni d'invalidità (opzione) per i soggetti con età compresa tra i 18 e fino al compimento del 65° anno di età, con riferimento al possesso o meno del requisito relativo all'art. 1 comma 35 della legge 24/12/2007 n. 247 (non prestare attività lavorativa)

Il sottoscritto dichiara:

- di non prestare alcuna attività lavorativa
- di prestare attività lavorativa dal _____ con un reddito imponibile pari a _____
- di essere occupato ai sensi della legge 12 marzo 1999, N. 68 e del decreto legislativo 10 settembre 2003, N. 276 (Cooperative sociali e convenzioni – quadro). *Tale ipotesi non impedisce il conseguimento o il mantenimento del diritto all'assegno mensile d'invalido.*
- di non essere stato occupato e di non avere svolto alcuna attività lavorativa dalla data della domanda ad oggi
- di essere stato occupato o di avere svolto attività lavorativa dal dalla data della domanda ad oggi con un reddito di _____

Il sottoscritto dichiara inoltre (opzione)

- di non essere titolare di altre prestazioni erogate a titolo di invalidità
- di essere titolare di altre prestazioni erogate a titolo di invalidità
 - di optare per l'assegno mensile di invalidità erogato da codesto Ente e di rinunciare al trattamento economico erogato da _____.

NB: presentare alla sede INPS / Ente concessore competente l'attestato rilasciato da _____, da cui emerge la rinuncia a quel trattamento pensionistico

OVVERO

- di optare per il trattamento erogato da _____ e di rinunciare a quello erogato da codesto Ente.

N.B. Consegnare la presente certificazione in originale alla sede INPS / Ente concessore competente.

data _____

Firma _____

Quadro B 1 (da compilare se al richiedente è stata riconosciuta l'indennità frequenza)

Il sig./ra _____

- frequenta / ha frequentato scuole pubbliche e/o private (indicare ordine e grado, a partire dagli asili nido), o centri di formazione e di addestramento finalizzato al reinserimento sociale dei minori invalidi, o centri ambulatoriali o centri diurni, anche di tipo semiresidenziale, pubblici o privati, purché operanti in regime convenzionale, specializzati nel trattamento terapeutico o nella riabilitazione e nel recupero di persone portatrici di handicap

presso _____ dal _____ al _____

presso _____ dal _____ al _____

presso _____ dal _____ al _____

Si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale data di cessazione anticipata della frequenza del minore e di restituire i ratei che risultassero indebitamente percepiti.

L'indennità di frequenza viene concessa solo per il periodo effettivamente frequentato

N.B. consegnare alla sede INPS/Ente concessore competente la certificazione di frequenza in originale, rilasciato dalle Scuole o dai Centri con l'indicazione della data esatta relativa a inizio e fine della frequenza stessa.

Negli anni successivi, occorre presentare una istanza di rinnovo del beneficio economico, documentando la relativa frequenza.

Il sottoscritto legale rappresentante dichiara inoltre che il minore è titolare:

- di indennità di accompagnamento come invalido civile
 di indennità di comunicazione come sordo perlinguale
 di indennità speciale come cieco parziale

Quadro C (comunicazione di nomina di tutore, curatore, affidatario, procuratore)

Io _____ nato/a il _____

a _____ codice fiscale _____

residente a _____ via/piazza _____

telefono _____ cellulare _____ e-mail / P.E.C. _____

dichiaro di essere stato/a nominato/a

- Genitore rappresentante legale Tutore Amministratore di sostegno Curatore

con il seguente provvedimento: _____

N.B. presentare copia del provvedimento alla sede INPS/Ente concessore competente.

Quadro D (da compilare in caso di riconoscimento di assegno, pensione, indennità di frequenza)

Dichiarazione dei redditi da compilare per ognuno degli anni per i quali è riconosciuto il diritto alla prestazione

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità, che relativamente all'anno di presentazione della domanda:

- non possiede redditi oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati
- possiede, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati, i redditi riportati nel quadro che segue

Dichiara inoltre che il coniuge Sig. _____ nato il _____
a _____ Codice fiscale _____

relativamente all'anno di presentazione della domanda:

- non possiede redditi oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati
- possiede, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati, i redditi riportati nel quadro che segue:

(indicare i redditi al lordo dell'IRPEF, delle deduzioni e detrazioni fiscali a partire dall'anno di decorrenza della prestazione)

Tipologia dei redditi	Titolare Anno _____	Coniuge Anno _____
Lavoro dipendente e assimilato prestato in Italia
Lavoro dipendente prestato all'estero dal _____ al _____
Lavoro autonomo, professionale e d'impresa
dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____
Prestazioni coordinate e continuative - Lavoro a progetto
dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____
Casa di abitazione
Altri immobili (Terreni e fabbricati)
Interessi bancari, postali, dei BOT, dei CCT e altri titoli di Stato, proventi di quote di investimenti, ecc.
Prestazioni assistenziali in denaro erogate dallo Stato o altri EntiPubblici o Stati esteri (escluse le indennità di accompagnamento per invalidi civili, di comunicazione per i sordomuti e quelle previste per i ciechi parziali)
Arretrati da lavoro dipendente riferito ad anni precedenti
Arretrati di integrazione salariale riferiti ad anni precedenti
TFR - Buonuscita - Liquidazione ecc.
Rendite vitalizie o a tempo determinato costituite a titolo oneroso
Assegno di mantenimento corrisposto dal coniuge separato
Altri redditi assoggettabili a IRPEF
Altri redditi non assoggettabili a IRPEF
Ammontare dell'IRPEF pagata nell'anno in relazione ai redditi indicati negli altri righe
Quote di pensione trattenute dal datore di lavoro

Pensioni estere:

Stato	Istituzione	Tipo pensione *	Importo
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

* 1 - pensione diretta

2 - pensione ai superstiti

3 - pensioni da infortuni sul lavoro

4 - rendite vitalizie o a tempo determinato costituite a titolo oneroso

5 - arretrati da pensione estera

Quadro E (per minori consenso alla riscossione di un genitore nei confronti dell'altro)

Poiché il pagamento delle provvidenze economiche a favore dei minorenni deve essere effettuato ad uno dei genitori, è necessario il seguente consenso alla riscossione di un genitore nei confronti dell'altro:

Il / La sottoscritto/a _____ nato / a il _____

a _____ Prov. _____

Residente in _____ Prov. _____ Stato _____

Indirizzo _____ cap _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail/P.E.C. _____

in qualità di esercente la potestà genitoriale sul minore consente che le provvidenze economiche vengano corrisposte

alla madre del minore - cognome _____ nome _____

al padre del minore - cognome _____ nome _____

data _____ Firma _____

N.B. Stampare e consegnare il presente modulo in originale alla sede INPS/Ente concessionario competente. Il presente quadro può non essere compilato in caso di omologa/sentenza di separazione o divorzio con la quale sia stato disposto l'affidamento esclusivo del minore. In detti casi allegare copia della omologa/sentenza.

● **Autenticazione della firma** - Spazio riservato al pubblico ufficiale

(D.P.R. n. 445/2000. L'autenticazione della firma può essere effettuata da un funzionario INPS, dal notaio, dal cancelliere, dal segretario comunale o da un funzionario incaricato dal sindaco).

Io sottoscritto _____

Funzionario incaricato _____

Attesto che

il Sig. _____

Identificato con documento di riconoscimento _____

Rilasciato da _____ in data (gg/mm/aaaa) _____

Intende consentire che la riscossione della prestazione d'invalidità civile del figlio minore venga effettuata dalla persona indicata nel modulo.

Data _____ Firma del funzionario _____

Quadro F (modalità di pagamento della pensione presso ufficio postale)

Il Sig./Sig. ra, _____ chiede il pagamento della pensione presso:

Ufficio Postale di _____ n° _____

Via _____ CAP _____ Città _____

Codice ABI _____ Codice CAB / Frazionario _____

(I codici ABI e CAB / Frazionario sono forniti dall'ufficio postale)

Con pagamento:

allo sportello

Se il pagamento è richiesto con accredito su libretto di risparmio nominativo o su conto corrente nominativo, l'ufficio postale deve compilare la parte sottostante.

sul mio libretto di risparmio nominativo n° _____

data _____ timbro d'ufficio postale _____

firma del funzionario _____

sul mio conto corrente postale nominativo

Codice IBAN _____ Codice BIC _____

data _____ timbro d'ufficio postale _____

firma del funzionario _____

con inpscard

allo sportello postale si può richiedere INPSCARD, una carta elettronica sulla quale è possibile accreditare direttamente e gratuitamente la sua pensione ogni mese.

In caso di titolarità di altre pensioni già erogate dall'inps, si avverte che i pagamenti saranno unificati presso lo stesso ufficio pagatore.

Quadro F/1 (modalità di pagamento della pensione presso banca)

Il Sig./Sig. ra, _____ chiede il pagamento della pensione presso:

Banca _____ agenzia n° _____

Via _____ CAP _____ Città _____

Codice ABI _____ Codice CAB _____

(I codici ABI e CAB sono forniti dalla banca)

Con pagamento:

- allo sportello
- con assegno circolare
- sul mio conto corrente bancario nominativo

- Se il pagamento è richiesto su conto corrente nominativo o con accredito su libretto di risparmio nominativo, la banca deve compilare la parte sottostante.**

Codice IBAN _____ Codice BIC _____

(I codici IBAN e BIC sono forniti dalla banca)

data _____ timbro della banca _____

firma del funzionario _____

- sul mio libretto di risparmio nominativo

Codice IBAN _____ Codice BIC _____

(I codici IBAN e BIC sono forniti dalla banca)

data _____ timbro della banca _____

firma del funzionario _____

- su carta prepagata

(solo per Banca Intesa nelle città di Bolzano, Cagliari, Imperia, Pavia, Pomezia, Potenza, Salerno, Vigevano).

Banca **Intesa** _____ agenzia n° _____ Via _____

CAP _____ Città _____

Codice ABI **03069** Codice CAB _____ n° carta _____

data _____ timbro della banca _____

firma del funzionario _____

- In caso di titolarità di altre pensioni già erogate dall'inps, si avverte che i pagamenti saranno unificati presso lo stesso ufficio pagatore.**

Quadro G (delega alla riscossione della pensione)

Io sottoscritto _____

Cognome _____ Nome _____

Delego a riscuotere la mia pensione la persona indicata di seguito:

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Nato/a il _____ a _____

Prov. _____ Stato _____

Cittadinanza _____ Residente in _____

Prov. _____ Stato _____

Indirizzo _____ cap _____

telefono _____ cellulare _____ e-mail / P.E.C. _____

Luogo e data _____

Firma del delegante _____

Da ricordare

Se si riscuotono una o più pensioni tramite delega **deve essere** indicata come delegata la stessa persona.

La delega sarà revocata qualora la pensione sia riscossa su conto corrente bancario o postale.

N.B. Stampare e consegnare il presente modulo in originale alla sede INPS/Ente concessore competente

Autenticazione della firma - Spazio riservato al pubblico ufficiale

(D.P.R. n. 445/2000. L'autenticazione della firma può essere effettuata da un funzionario INPS, dal notaio, dal cancelliere, dal segretario comunale o da un funzionario incaricato dal sindaco).

Io sottoscritto _____

Funzionario incaricato _____

Attesto che

il delegante sig. _____

Identificato con documento di riconoscimento _____

Rilasciato da _____ in data (gg/mm/aaaa) _____

Impossibilitato a firmare

poichè impedito per cause di natura fisica

poichè incapace di scrivere

Mi ha dichiarato che intende delegare la persona indicata nel modulo a riscuotere in suo nome quanto dovuto per la pensione, esonerando l'Inps e l'ufficio pagatore da ogni responsabilità.

Data _____ Firma del funzionario _____

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

data _____

Firma _____

- **Allegare copia di documento di riconoscimento in corso di validità.**

N.B. Stampare e consegnare il presente modulo in originale alla sede INPS / Ente concessore competente

- **Casi di impedimento** - Spazio riservato al pubblico ufficiale

(D.P.R. n. 445/2000. L'autenticazione della firma può essere effettuata da un funzionario INPS, dal notaio, dal cancelliere, dal segretario comunale o da un funzionario incaricato dal sindaco).

Io sottoscritto _____

Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione del

Sig. _____

Identificato con documento di riconoscimento _____

Rilasciato da _____ in data (gg/mm/aaaa) _____

- Impossibilitato a firmare
 - poichè impedito per cause di natura fisica
 - poichè incapace di scrivere
- Impossibilitato a firmare per impedimento temporaneo alla dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute (D.P.R. 445/2000 art. 4 comma 2) compilata e sottoscritta dal

Sig. _____

(indicare la parentela: coniuge, figlio/a, parente fino al terzo grado) _____

Identificato con documento di riconoscimento _____

Rilasciato da _____ in data (gg/mm/aaaa) _____

Firma del parente dichiarante _____

Data _____

Firma del funzionario _____

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 Ciriaco De Mita, 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