



ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Sede di

AREA PRESTAZIONI A SOSTEGNO DEL REDDITO

ALL'AZIENDA

INDIRIZZO E N.CIVICO

CAP

COMUNE

PROV.

DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER FRATELLI CON HANDICAP GRAVE

(art. 42 T.U. sulla maternità e paternità- decreto legislativo n. 151/2001)

A		FRATELLO o SORELLA RIIHEDENTE		
	COGNOME	NOME	nato il	
a				
	COMUNE DI NASCITA	PROV.	CODICE FISCALE	
residente a				
	COMUNE DI RESIDENZA (FRAZIONE / LOCALITA')			
	INDIRIZZO E N.CIVICO	CAP	TELEFONO	

IL SOTTOSCRITTO CHIEDE

di fruire del congedo **straordinario spettante ai fratelli o sorelle di soggetti portatori di handicap grave** accertato da almeno 5 anni e della relativa indennità spettante in base all'art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001 (vedi AVVERTENZE IMPORTANTI)

Il pagamento diretto dell'indennità spettante, in quanto operaio agricolo.

B		DATI DEL FRATELLO o SORELLA CON HANDICAP GRAVE		
	COGNOME	NOME	nato il	
a				
	COMUNE DI NASCITA	PROV.	CODICE FISCALE	
residente a				
	COMUNE DI RESIDENZA (FRAZIONE / LOCALITA')			
	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO	CAP	TELEFONO	
	fratello o sorella naturale			
	fratello o sorella adottato (data provvedimento di adozione)			
	portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di		in data	(1)
	non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati			
	non impegnato in attività lavorativa			
<hr/>				
(1) da almeno 5 anni (vedi AVVERTENZE IMPORTANTI)				

C		PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI		
Il sottoscritto chede di poter fruire dei congedi nei seguenti periodi:				
dal	al	dal	al	
dal	al	dal	al	
dal	al	dal	al	

N.B. Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano

E n. 1 DICHIARAZIONE DI ALTRO FRATELLO o SORELLA DELL'HANDICAPPATO (oltre al richiedente)

di non aver chiesto, per lo stesso soggetto handicappato, nei periodi indicati al quadro C, congedi straordinari retribuiti, **IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI** negli stessi periodi.

di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto

dal _____ al _____ aa. _____ dal _____ al _____ aa. _____

dal _____ al _____ aa. _____ dal _____ al _____ aa. _____

presso la Ditta/Ente _____

Indirizzo e n. civico _____

Comune _____

Prov. _____

Matricola aziendale n. _____

di aver già fruito di congedi straordinari **NON** retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari"(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)

dal _____ al _____ aa. _____ dal _____ al _____ aa. _____

dal _____ al _____ aa. _____ dal _____ al _____ aa. _____

presso la Ditta/Ente _____

Indirizzo e n. civico _____

Comune _____

Prov. _____

Matricola aziendale n. _____

di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati al quadro C, dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992 per l'assistenza alle persone con handicap, **impegnandosi a non richiederli** negli stessi periodi.

di non svolgere attività lavorativa o di essere lavoratore autonomo

F DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo **stato di gravità** dell'handicap
 Altro (indicare) _____

In caso di adozione:

copia del provvedimento di adozione _____

G DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiaro di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa posso subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione. Mi impegno, altresì, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

Dichiarano inoltre che i suddetti periodi di congedo straordinario vengono richiesti **in alternativa all'altro / a fratello / sorella e per la durata complessiva**, tra tutti gli aventi diritto (genitori e fratelli) non superiore a due anni, nell'arco della vita lavorativa, tenendo conto, comunque, che i periodi suddetti rientrano nel limite massimo complessivo, di due anni di permesso "per gravi e documentati motivi familiari", per i quali l'interessato non ha diritto a retribuzione, riconoscibili a ciascun lavoratore(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000).

Si impegnano a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dello stesso
- le modifiche ai periodi di congedo richiesti
- periodi richiesti successivamente (vale solo per gli altri fratelli)

Il richiedente si impegna a consegnare al datore di lavoro la copia della presente domanda, **timbrata per ricevuta dall'INPS**.

I sottoscritti autorizzano l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale al trattamento dei propri dati personali sensibili per finalità strettamente connesse con l'esecuzione dell'art. 42 del T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001- e della legge n. 104/1992.

Data _____ Firma del/ della richiedente _____

del secondo fratello/sorella dichiarante _____

del terzo fratello/sorella dichiarante _____

del quarto fratello/sorella dichiarante _____

del _____

Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsento, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1)al trattamento di eventuali dati sensibili; 2)al trasferimento dei miei dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei miei dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali. Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione la presente richiesta non consento a quanto indicato ai punti

Consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiaro di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa posso subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione. Mi impegno, altresì, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

Data _____ Firma _____

AVVERTENZE IMPORTANTI

1) RAPPORTO DI LAVORO

Gli interessati devono essere titolari di un **rapporto di lavoro** dipendente -con esclusione dei lavoratori a domicilio e degli addetti ai servizi domestici - che deve sussistere all'inizio e durante il periodo di congedo di cui trattasi

2) SOGGETTI E REQUISITI

2a. Soggetti per i quali spetta

- Fratelli o sorelle con handicap in situazione di gravità, accertata dalla competente Commissione ASL da **almeno cinque anni**
- non ricoverati a tempo pieno presso Istituti specializzati
- che non prestano attività lavorativa

2b. Soggetti ai quali spetta

- Fratelli o sorelle lavoratori, **conviventi** con l'handicappato, in caso di **decesso di entrambi i genitori**
- I congedi spettano a condizione che l'assistenza sia prestata **in via continuativa ed esclusiva**: deve essere dimostrata l'impossibilità di prestare assistenza da parte di altri familiari conviventi, non lavoratori (ad esempio per grave malattia, età superiore a 70 anni e invalidità, inabilità al lavoro, presenza nel nucleo familiare di altri figli minori di 6 anni, ecc.)
- **L'esclusività** dell'assistenza non è realizzata quando nel nucleo familiare del soggetto handicappato sono presenti familiari maggiorenni non lavoratori in grado di assisterlo o lavoratori che beneficiano di permessi per lo stesso
- **La continuità** non è dimostrabile in caso di oggettiva lontananza dall'abitazione del fratello o sorella

3) DECORRENZA E DURATA

- Il congedo e la relativa prestazione decorrono dalla data indicata al quadro C del presente modulo, e comunque da data non anteriore al **1.1.2001**
- I periodi di congedo straordinario spettano, nell'arco della vita lavorativa, per un massimo complessivo di due anni tra i genitori e tutti i fratelli o sorelle, e rientrano in ogni modo nel limite massimo globale, spettante a ciascun lavoratore ai sensi dell'art. 4, comma 2, della legge n.53/2000, di due anni di permesso, **per i quali l'interessato non ha diritto a retribuzione**, riconoscibile "per gravi e documentati motivi familiari"
- I congedi non spettano durante i periodi di prevista pausa contrattuale, in caso di part time verticale

4) MISURA DELL'INDENNITÀ E CONTRIBUZIONE FIGURATIVA

- Durante i periodi di congedo spetta un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione percepita
- L'indennità spetta fino ad un importo massimo di **lire 70 milioni, pari a 36.151.98 Euro** (rivalutata annualmente a partire dall'anno 2002), per il congedo di durata annuale
- L'indennità viene rapportata a mesi e giorni in misura proporzionale, se richiesta per periodi frazionati
- Il periodo di congedo è coperto da contribuzione figurativa

5) MODALITÀ DI PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ

- L'indennità è anticipata dal datore di lavoro privato, con la possibilità di conguaglio con i contributi dovuti all'INPS

6) DOMANDA E DOCUMENTAZIONE

- La domanda va prodotta all'INPS in duplice copia, una delle quali verrà restituita timbrata
- La copia timbrata dall'INPS dovrà essere consegnata al datore di lavoro
- Alla domanda va allegata la documentazione relativa alla gravità dell'handicap (anche in copia dichiarata autentica), rilasciata a suo tempo dalla commissione medica della competente ASL, solo qualora l'INPS e il datore di lavoro non ne siano già in possesso

7) INCOMPATIBILITÀ

- Durante i periodi di congedo straordinario nessuno dei fratelli può fruire dei permessi giornalieri per l'assistenza ai portatori di handicap, di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992

8) FRAZIONABILITÀ

- I periodi di congedo possono essere fruiti in modo frazionato
 - Tra un periodo e l'altro è necessaria l'effettiva ripresa del lavoro
 - Il congedo non è frazionabile escludendo soltanto il sabato (settimana corta) e la domenica, o escludendo i periodi di ferie, che in tal caso sarebbero conteggiati come giornate rientranti nel periodo di congedo
-



RICEVUTA DI
DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER FRATELLI CON HANDICAP GRAVE
(art. 42 T.U. sulla maternità e paternità- decreto legislativo n. 151/2001)

SEDE INPS DI

Il Sig.

ha presentato oggi domanda di congedo straordinario, previsto dall'art. 42 del d. lgs. n. 151/2000 (già art.80, comma 2, l.388/2000) per l'assistenza ai portatori di handicap.

Il nominativo del responsabile del provvedimento può essere rilevato dagli appositi avvisi esposti nei locali dell' INPS.

Le informazioni a riguardo potranno essere fornite anche telefonicamente.

DATA

FIRMA DELL'IMPIEGATO ADDETTO

Timbro datario INPS e firma