

**DIREZIONE DIDATTICA DI PESCONTINA (VR)**

Via Ponte, 154 - tel. 045/7150742 Fax. 045/7158824

Cod. Fisc. 80055490231

**Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari
in condizione di disabilità grave**

(coniuge, figli maggiorenni, parenti e affini maggiori di 3 anni)

Per ottenere i permessi, oltre a possedere i requisiti di legge, è necessario compilare il modulo in ogni sua parte. Il modulo deve essere presentato agli uffici Inps in duplice copia; una delle copie sarà restituita protocollata al lavoratore e dovrà essere consegnata al datore di lavoro, che ha la competenza della gestione concreta dei permessi.

Inps invierà al lavoratore e al datore di lavoro il provvedimento di concessione o di diniego dei permessi.

Requisiti del familiare da assistere

Il familiare da assistere deve essere nella condizione di disabilità grave (art. 3, comma 3, legge 104/1992) o di Grande invalido di guerra o equiparato

- ☛ La condizione di disabilità grave deve essere accertata dalla competente Commissione ASL o, nell'attesa della decisione, dal medico specialista ASL. La sindrome di Down può essere accertata anche dal medico di base che rilascerà la relativa certificazione su presentazione del "cariotipo". La documentazione, rilasciata dalla Commissione ASL o dal medico di base deve essere allegata al modulo.
- ☛ La condizione di Grande invalido di guerra o equiparato può risultare anche dal decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, in cui deve essere oscurata la parte relativa alla diagnosi, o dalla copia dell'attestato di pensione.

Le persone da assistere, inoltre, non devono essere ricoverate a tempo pieno.

A chi spetta

I permessi spettano ai genitori, anche adottivi o affidatari, al coniuge, parenti o affini entro il terzo grado, purché abbiano un rapporto di lavoro dipendente in corso, coperto da assicurazione Inps per le prestazioni di maternità.

- ☛ Se entrambi i genitori sono lavoratori dipendenti, i permessi spettano anche alternativamente. Nel caso in cui il genitore richiedente non conviva con il disabile, è necessario dichiarare l'assistenza sistematica ed adeguata al disabile
- ☛ Se il richiedente è il coniuge o altro familiare va dichiarata anche in caso di convivenza un'assistenza sistematica e adeguata al disabile

Per i lavoratori agricoli a contratto stagionale i giorni di permesso possono essere riconosciuti solo se la durata del contratto è pari almeno ad un mese con previsione di attività per 6 giorni a settimana (o 5 in caso di settimana corta).

Sono esclusi i lavoratori a domicilio e i lavoratori domestici.

Cosa spetta

Spettano tre giorni di permesso mensile, anche frazionati in ore. I permessi non usufruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi. Nel caso in cui il richiedente abbia un rapporto di lavoro in part time verticale, le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte. Per i permessi spetta un'indennità corrispondente all'intero ammontare della retribuzione relativa ai periodi di permesso. I periodi sono coperti da contribuzione figurativa (da richiedere all'Inps). L'indennità è anticipata dal datore di lavoro ad eccezione dei lavoratori agricoli per i quali l'Inps provvede al pagamento diretto.

Dati, informazioni e dichiarazioni indispensabili (articolo 1 comma 783 legge 296/2006)

- ☛ dati anagrafici del richiedente (pag.1)
- ☛ rapporto di parentela, affidamento o affinità col disabile (pag.1)
- ☛ dati anagrafici del disabile (pag.2)
- ☛ convivenza col disabile (pag.2)
- ☛ rapporto di lavoro in corso (pag.2)
- ☛ sistematicità ed adeguatezza dell'assistenza (pag.3)
- ☛ non ricovero a tempo pieno (pag.3)

**DIREZIONE DIDATTICA DI PESCONTINA (VR)**

Via Ponte, 154 - tel. 045/7150742 Fax. 045/7158824

Cod. Fisc. 80055490231

**Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari
in condizione di disabilità grave**

(coniuge, figli maggiorenni, parenti e affini maggiori di 3 anni)

Documenti da allegare (la certificazione sanitaria va allegata in busta chiusa)

- per la disabilità grave deve essere allegata la documentazione rilasciata dalla Commissione ASL (anche in copia dichiarata autentica) o dal medico di base per la sindrome di Down
- per i Grandi invalidi di guerra ed equiparati deve essere allegata copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Decorrenza e durata

Il provvedimento di accoglimento non ha limiti temporali di validità ad eccezione del provvedimento emanato a seguito di riconoscimento temporaneo della disabilità grave. I permessi possono essere richiesti solo per periodi successivi alla presentazione della domanda.

Durante il periodo di fruizione dei permessi giornalieri gli altri familiari non possono usufruire del congedo straordinario (art. 42 comma 5 decreto legislativo 151/2001) per la persona con disabilità grave.

Quando il disabile è impossibilitato alla firma

Nel caso in cui il disabile sia impossibilitato a firmare e sia soggetto a tutela, a curatela o ad amministrazione di sostegno, le dichiarazioni devono essere sottoscritte rispettivamente dal tutore, dall'interessato con l'assistenza del curatore, o dall'amministratore di sostegno (pag.4). La dichiarazione di chi si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute, è sostituita da quella resa dal coniuge, o in sua assenza dai figli o in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale (anche un funzionario Inps) che si accerta dell'identità del dichiarante. La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è accolta da un pubblico ufficiale (anche un funzionario Inps) che deve accertare l'identità del dichiarante (pag.3).

Comunicazioni di variazioni

È obbligatorio che il richiedente comunichi tempestivamente (entro 30 giorni) le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate in questo modulo e in particolare:

- Il ricovero a tempo pieno della persona in condizione di handicap grave
- La revisione del giudizio di gravità della condizione dell'handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap grave
- Le modifiche ai periodi di permesso richiesti (in questo caso dovrà presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza)
- L'utilizzo di permessi da parte di altri familiari per lo stesso disabile
- Il decesso del disabile

Detrazioni d'imposta

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

Se il richiedente vuole usufruire delle detrazioni d'imposta per carichi di famiglia è necessario dichiarare ogni anno di averne diritto (barrando l'apposita casella all'interno del modulo). È obbligatorio allegare il modulo MV10, debitamente compilato, disponibile sul sito www.inps.it. In mancanza non sarà riconosciuta la detrazione.

**DIREZIONE DIDATTICA DI PESCANTINA (VR)**

Via Ponte, 154 - tel. 045/7150742 Fax. 045/7158824

Cod. Fisc. 80055490231

**Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari
in condizione di disabilità grave - 1/5**

(coniuge, figli maggiorenni, parenti e affini maggiori di 3 anni)

(art.33 comma 3 legge 104/1992 e art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

ALL'UFFICIO INPS DI

ALL'AZIENDA _____

Via _____ n. _____

- matricola Inps dell'Azienda (per le aziende agricole indicare partita IVA o codice fiscale) _____

- settore di appartenenza (industria, artigianato, terziario, servizi, agricoltura ecc.) _____

Richiedente

NOME _____

COGNOME _____

CODICE FISCALE _____

NATO/A IL GG/MM/AAAA _____

A _____

PROV. _____

STATO _____

CITTADINANZA _____

RESIDENTE IN _____

PROV. _____

STATO _____

INDIRIZZO _____

CAP _____

GRADO DI PARENTELA CON IL DISABILE _____

TELEFONO* _____

CELLULARE* _____

E-MAIL* _____

Chiedo

- di usufruire dei giorni di permesso mensile (massimo tre) spettanti ai parenti di persona in condizione di handicap grave e della relativa indennità nelle giornate che saranno indicate in tempo utile al datore di lavoro.

dal _____ al _____

- il pagamento diretto dell'indennità in quanto operaio agricolo



DIREZIONE DIDATTICA DI PESCONTINA (VR)

Via Ponte, 154 - tel. 045/7150742 Fax. 045/7158824
Cod. Fisc. 80055490231

**Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari
in condizione di disabilità grave - 2/5**

Dichiaro

- di svolgere attività lavorativa a tempo pieno alle dipendenze dell'Azienda indicata nella prima pagina con qualifica di (impiegato, operaio, ecc.) _____
- di svolgere l'attività lavorativa part time
 - orizzontale
 - verticale: n. giorni lavorativi _____ n. giorni di lavoro effettivi _____
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per lo stesso persona con disabilità grave
- che l'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona con disabilità grave alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori
- di assistere con sistematicità e adeguatezza il disabile con il quale convive
- di non essere convivente con il disabile, ma di assisterlo con sistematicità e adeguatezza
- che la persona con disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno

In caso di adozione/affidamento

- data del provvedimento di adozione/affidamento _____ (gg/mm/aaaa)
rilasciato dal tribunale di _____ provvedimento 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 della persona con disabilità'

NOME

COGNOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA

A

PROV.

STATO

CITTADINANZA

RESIDENTE IN

PROV.

STATO

INDIRIZZO

CAP



DIREZIONE DIDATTICA DI PESCANTINA (VR)

Via Ponte, 154 - tel. 045/7150742 Fax. 045/7158824
Cod. Fisc. 80055490231

**Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari
in condizione di disabilità grave - 3/5**

Dichiaro (solo se maggiorenne)

- di essere figlio o affidato del richiedente
- di essere parente o affine entro il terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: nipote, coniuge, ecc)
- di essere assistito con sistematicità e adeguatezza dal richiedente con il quale convive
- di non essere convivente con il richiedente, ma di essere da lui assistito con sistematicità e adeguatezza
- 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 essere impegnato in attività lavorativa e beneficiario dei permessi previsti dalla legge 104/92

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

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale



DIREZIONE DIDATTICA DI PESCANTINA (VR)

Via Ponte, 154 - tel. 045/7150742 Fax. 045/7158824
Cod. Fisc. 80055490231

**Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari
in condizione di disabilità grave - 4/5**

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 _____

E-MAIL _____

nella sua qualità di:

tutore

curatore

amministratore di sostegno

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).

Dichiaro che il disabile

- è figlio/affidato del richiedente
- è parente o affine entro il terzo grado (specificare rapporto di parentela o affinità: nipote, coniuge, ecc) _____
- è assistito con sistematicità e adeguatezza dal richiedente con il quale convive
- non è convivente con il richiedente, ma è assistito con sistematicità ed adeguatezza dallo stesso
- è condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____
- è ricoverato a tempo pieno
- è impegnato in attività lavorativa e beneficiario dei permessi previsti dalla legge 104/92

firma _____

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

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap
- Copia del decreto di nomina del tutore, curatore o 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)

**DIREZIONE DIDATTICA DI PESCANTINA (VR)**

Via Ponte, 154 - tel. 045/7150742 Fax. 045/7158824
Cod. Fisc. 80055490231

Domanda di permessi per l'assistenza ai familiari in condizione di disabilità grave - 5/5

Modalità di pagamento (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*Composto da 27 caratteri***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 incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai 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 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.