



Timbro datario INPS e firma

ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE
Sede di _____
- Area prestazioni a sostegno del reddito -

ALL'AZIENDA _____

Via _____ n. _____

IL DATORE DI LAVORO E' AUTORIZZATO AL PAGAMENTO SOLO SE PRESENTE TIMBRO DATARIO INPS E FIRMA.

DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER FRATELLI CON HANDICAP GRAVE

(legge 388/2000, art. 80, comma 2 e legge 53/2000, art. 4, commi 2 e 4 bis)

QUADRO A FRATELLO o SORELLA RICHIEDENTE

_____ nat_ il _____
COGNOME NOME GIORNO MESE ANNO

a _____
COMUNE DI NASCITA PROVINCIA CODICE FISCALE

residente a _____
COMUNE DI RESIDENZA FRAZIONE / LOCALITA'

Via _____ n. _____ Tel. _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A 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 alla Legge n. 388/2000 (vedi AVVERTENZE IMPORTANTI)
- Il pagamento diretto dell'indennità spettante, in quanto operaio/a agricolo/a.

QUADRO B DATI DEL FRATELLO o SORELLA CON HANDICAP GRAVE

_____ nat_ il _____
COGNOME NOME GIORNO MESE ANNO

a _____
COMUNE DI NASCITA PROV. CODICE FISCALE

residente a _____
COMUNE DI RESIDENZA FRAZIONE / LOCALITA'

Via _____ n. _____ Tel. _____

- 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

(1) da almeno 5 anni (vedi AVVERTENZE IMPORTANTI)

QUADRO C PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI

Il/la sottoscritto/a chiede di poter fruire dei congedi nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ dal _____ al _____

dal _____ al _____ dal _____ al _____

dal _____ al _____ dal _____ al _____

QUADRO D DICHIARAZIONE DEL FRATELLO o SORELLA RICHIEDENTE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

- di essere convivente con il fratello portatore di handicap indicato al quadro B
- che i genitori sono entrambi deceduti
- che gli altri fratelli conviventi sono in numero di ... e hanno pertanto compilato altrettante dichiarazioni (quadri E del presente modulo), numerate da 1 a (si allegano quelle oltre la prima)
- che i genitori deceduti e altri fratelli non conviventi (anche se deceduti) hanno fruito **complessivamente** per l'assistenza all'handicappato di n. giorni di congedo straordinario retribuito
- che i genitori deceduti e altri fratelli non conviventi (anche se deceduti) **non** hanno mai fruito per l'assistenza all'handicappato di giorni di congedo straordinario retribuito
- che la persona handicappata **non** convive con altri familiari non lavoratori in grado di prestare assistenza (1)
- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta indicata nella prima pagina
 - matricola INPS della Ditta (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 scadenza il _____ a part time verticale (periodi di prevista attività di lavoro: _____)
- di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
 - dal _____ al _____ gg. dal _____ al _____ gg.
 - dal _____ al _____ gg. dal _____ al _____ gg.
 - presso la Ditta/ Ente _____, via _____ n. _____ città _____ 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 _____ gg. dal _____ al _____ gg.
 - dal _____ al _____ gg. dal _____ al _____ gg.
 - presso la Ditta/Ente _____, via _____ n. _____ città _____ 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.

(1) In caso contrario deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza (vedi avvertenze)

QUADRO E N. 1 DICHIARAZIONE DI ALTRO FRATELLO o SORELLA DELL'HANDICAPPATO (oltre al richiedente) (se altri fratelli sono conviventi, o hanno fruito in passato di congedi straordinari, allegare altrettante dichiarazioni simili a questa, numerandole progressivamente a partire dal n. 2)

COGNOME NOME nat_ il
GIORN MESE ANNO

a COMUNE DI NASCITA PROVINCIA CODICE FISCALE

residente a COMUNE DI RESIDENZA FRAZIONE / LOCALITA'

Via n. Tel.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

- di essere convivente con il fratello/sorella con handicap grave
- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta/Ente _____
 - indirizzo della Ditta/Ente _____
 - matricola INPS della Ditta (per le aziende agricole indicare partita IVA o codice fiscale) _____
 - settore di appartenenza (*industria, artigianato, terziario, servizi, agricoltura, ecc.*) _____
 - qualifica (*impiegato, operaio, ecc.*) _____

segue

segue QUADRO 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 _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____
 dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____
- presso la Ditta/Ente _____, via _____ n. _____
 città _____ 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 _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____
 dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____
- presso la Ditta/Ente _____, via _____ n. _____
 città _____ 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

QUADRO F**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 Altro (indicare) _____**In caso di adozione:**

copia del provvedimento di adozione

QUADRO G**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

I sottoscritti, consapevoli delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiarano, **ciascuno per le informazioni delle situazioni che lo riguardano**, che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero.

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/la 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 delle leggi n. 104/1992, n. 53/2000 e n. 388/2000.

Data _____

Firma _____

del/ della richiedente

_____ del secondo fratello/sorella dichiarante

_____ del terzo fratello/sorella dichiarante

_____ del quarto fratello/sorella dichiarante

_____ del

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 REQUISITI2a. 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 (rivalutato 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 (settimana corta) e la domenica, o escludendo i periodi di ferie, che in tal caso sarebbero conteggiati come giornate rientranti nel periodo di congedo
- Tra un periodo e l'altro è necessaria l'effettiva ripresa del lavoro
- Il congedo non è frazionabile escludendo soltanto il sabato

RICEVUTA

Mod.Hand 5 (CONGEDI STRAORDINARI FRATELLI)

1 Sig. _____ ha presentato oggi domanda di congedo di congedo straordinario, previsto dall'art. 80, comma 2, della legge 388/2000 per l'assistenza ai portatori di handicap.

Il nominativo del responsabile del provvedimento possono essere rilevati dagli appositi avvisi esposti nei locali dell'INPS
Le informazioni al riguardo potranno essere fornite anche telefonicamente.

Timbro datario INPS e firma