



Timbro datario INPS e firma

Mod.Hand 5 (CONGEDI STRAORDINARI FRATELLI)
ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALESede 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.
(oppure Protocollo elettronico INPS sulla pag.1)**DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER FRATELLI/SORELLE IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE**

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

QUADRO A		FRATELLO o SORELLA RICHIEDENTE		
COGNOME		NOME		DATA DI NASCITA
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROVINCIA	GG / MM / AAAA	
COMUNE	DI RESIDENZA	PROV.	INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)	
CAP	N. TELEFONICO (con prefisso)			

IL/LA SOTTOSCRITTO/A CHIEDE

di fruire del congedo **straordinario spettante ai fratelli o sorelle di soggetti in condizione di handicap grave e della** relativa indennità spettante in base all'art. 42 T.U. sulla maternità e paternità -decreto legislativo n. 151/2001- e prende atto che i periodi richiesti vengono accreditati figurativamente dall'INPS ai fini pensionistici (**vedi AVVERTENZE IMPORTANTI**)

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

QUADRO B		DATI DEL FRATELLO o SORELLA IN CONDIZIONI DI HANDICAP GRAVE		
COGNOME		NOME		nat_ il GG / MM / AAAA
COMUNE DI NASCITA		PROV	CODICE FISCALE	
residente a				
COMUNE		DI RESIDENZA	FRAZIONE / LOCALITA'	
Via		n.	Tel.	
☐ fratello o sorella biologico/a ☐ fratello sorella dell'adottato/a dai genitori (deceduti o invalidi -v. Avvertenze-): data provvedimento di adozione _____ (1) ☐ in condizione di handicap grave, accertata dalla ASL di ☐ non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati ☐ non impegnato/a in attività lavorativa				
(1) allegare provvedimento di adozione (vedi AVVERTENZE IMPORTANTI)				

QUADRO C		PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI	
Il/la sottoscritto/a chiede di poter fruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, 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

QUADRO D**DICHIARAZIONE DEL FRATELLO o SORELLA RICHIEDENTE****IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA**

di essere convivente con il fratello in condizione di handicap grave indicato al quadro **B**
 che i genitori sono entrambi deceduti o totalmente invalidi (allegare certificazione dell'invalidità)
 che l'unico genitore vivente è totalmente invalido (allegare certificazione dell'invalidità)
 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/sorelle non conviventi (anche se deceduti/e) hanno fruito **complessivamente** per l'assistenza alla persona in condizioni di handicap grave di n. giorni di congedo straordinario retribuito
 che i genitori deceduti e altri fratelli/sorelle non conviventi (anche se deceduti/e) **non** hanno mai fruito per l'assistenza alla persona in condizioni di handicap grave/giorni di congedo straordinario retribuito
 che la persona in condizioni di handicap grave **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 lavorare nel Comune di _____ e di abitare nel Comune di _____
(da dichiarare se diversi da quello di iscrizione anagrafica indicato a pag. 1)
 ~ 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 in condizioni di handicap grave.

(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 DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP (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)

			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 DICHIARA

di essere o essere stato convivente con il fratello/sorella in condizione di handicap grave
 di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta/Ente _____
 indirizzo _____
 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 DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI HANDICAP di non aver chiesto, per lo stesso soggetto in condizioni di handicap grave, 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 in condizioni di handicap grave, IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI negli stessi periodi. di non svolgere attività lavorativa o di essere lavoratore autonomo
----------------------------	---

QUADRO F	DOCUMENTAZIONE ALLEGATA <i>(da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi ex lege 104/92)</i> 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, <u>ciascuno per le informazioni delle situazioni che lo riguardano</u> , che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero. Dichiarano inoltre che i suddetti periodi di congedo straordinario vengono richiesti <u>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</u> , 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). <u>Si impegnano a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni</u> delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente, in particolare: • l'eventuale ricovero a tempo pieno del soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati • la revisione del giudizio di gravità della condizione dell'handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dello stesso • le modifiche ai periodi di congedo richiesti (sulla domanda di modifica dovrà essere <u>evidenziato</u>: “La presente sostituisce e annulla quella presentata il”) • 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, <u>timbrata per ricevuta dall'INPS</u> . Preso atto dell'informativa fornita ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsentono, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente alla richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei propri dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei propri 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 propri 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. Consapevoli del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire la presente richiesta o notevole ritardo nella sua definizione non consentono a quanto indicato ai punti 1 - 2 - 3 - 4 Data _____ Firma _____ _____ del/ della richiedente _____ del secondo fratello/sorella dichiarante _____ del terzo fratello/sorella dichiarante _____ del quarto fratello/sorella dichiarante _____ del
-----------------	---

EVENTUALE SCELTA DEL PATRONATO		
Io sottoscritto/a delego il Patronato _____ presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 del codice civile, a rappresentarmi e assistermi gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 30 marzo 2001, n. 152 nei confronti dell'INPS per la trattazione della pratica relativa alla presente domanda. La presente delega può essere revocata solo per iscritto. Data _____ Firma _____ _____ Timbro e codice del patronato Firma dell'operatore del Patronato numero pratica		

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 (anche se trattasi di fratello/sorella di adottato/a dai genitori deceduti o invalidi)
 1. in condizione di handicap grave, accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992:
 - o dalla competente Commissione ASL oppure, nell'attesa della decisione ASL, dal medico specialista ASL (in questo caso la certificazione ha validità per sei mesi)
 - o, per i soggetti con sindrome di Down, anche dal proprio
- medico di base, con certificato rilasciato su presentazione del "cariotipo" (legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 94)
- o, per i grandi invalidi di guerra e equiparati, dal competente Ministero, (esibire copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione)
- 2. **non ricoverati** a tempo pieno presso Istituti specializzati
- 3. che non prestino attività lavorativa

2b. Soggetti **ai quali** spetta

- Fratelli o sorelle lavoratori, **conviventi** con l'handicappato, in caso di **decesso di entrambi i genitori** ovvero di totale invalidità degli stessi o dell'unico genitore vivente
- I congedi spettano a condizione che sia dimostrata l'impossibilità di prestare assistenza da parte di altri familiari conviventi, non lavoratori o non studenti (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.)

3) DECORRENZA E DURATA

- Il congedo e la relativa prestazione decorrono dalla data indicata al quadro **C** del presente modulo, non anteriore alla data della presente domanda
- il lavoratore ha diritto a fruire del congedo entro sessanta giorni dalla richiesta
- I periodi di congedo straordinario spettano, nell'arco della vita lavorativa, per un massimo complessivo di due anni tra i genitori e 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
- Il periodo di congedo è coperto da contribuzione figurativa ai fini pensionistici
- L'indennità spetta fino ad un importo massimo comprensivo di contribuzione figurativa (determinato - per il congedo di durata annuale - in 40.424,77 Euro riferito all'anno 2006 e rivalutabile periodicamente)
- L'indennità e il contributo figurativo vengono rapportati a mesi e giorni in misura proporzionale, se il congedo è richiesto per periodi frazionati

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, solo qualora l'INPS e il datore di lavoro non ne siano già in possesso, la documentazione relativa alla condizione di gravità dell'handicap, rilasciata a suo tempo dalla commissione medica della competente ASL (anche in copia dichiarata autentica), o, per i portatori di *sindrome di Down*, anche dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato) o, per i grandi invalidi di guerra e equiparati, copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal competente Ministero.

7) INCOMPATIBILITÀ

- Durante i periodi di congedo straordinario né il richiedente né altri parenti possono fruire dei permessi giornalieri di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992, per l'assistenza alla persona in condizione di grave handicap, per la quale è richiesto il congedo straordinario

8) FRAZIONABILITÀ

- I periodi di congedo possono essere fruiti in modo frazionato
- La frazionabilità non può essere esercitata escludendo soltanto il sabato (in caso di settimana corta) e la domenica; se non vi è ripresa del lavoro tra un periodo e l'altro di congedo frazionato tali giornate saranno infatti conteggiate come rientranti nel periodo di congedo straordinario; ciò vale anche se il frazionamento è ottenuto inserendo giornate di ferie tra una frazione di congedo straordinario e l'altra.

RICEVUTA

Mod.Hand 5(CONGEDI STRAORDINARI FRATELLI)

Il/La Sig.

cognome

nome

ha presentato oggi la domanda di congedo straordinario,

previsto dall'art. 42 del d.lgs. n. 151/2001 (già art. 80, comma 2, l. 388/2000) per l'assistenza a persone in condizione di handicap grave.

I nominativi del responsabile del procedimento e 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