



Timbro datario INPS e firma

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

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

QUADRO A		FRATELLO o SORELLA RICHIEDENTE																					
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">COGNOME</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">NOME</p>	nat_ il	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">GIORNO</td> <td colspan="3">MESE</td> <td colspan="4">ANNO</td> </tr> </table>											GIORNO			MESE			ANNO			
GIORNO			MESE			ANNO																	
a _____ <small>COMUNE DI NASCITA</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">PROVINCIA</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">CODICE FISCALE</p>																					
residente a _____	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">COMUNE DI RESIDENZA</p>																						
Via _____	n. _____	Tel. _____	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">FRAZIONE / LOCALITA'</p>																				

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 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/a agricola/a.**

QUADRO B		DATI DEL FRATELLO o SORELLA CON HANDICAP GRAVE																					
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">COGNOME</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">NOME</p>	nat_ il	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">GIORNO</td> <td colspan="3">MESE</td> <td colspan="4">ANNO</td> </tr> </table>											GIORNO			MESE			ANNO			
GIORNO			MESE			ANNO																	
a _____ <small>COMUNE DI NASCITA</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">PROV</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">CODICE FISCALE</p>																					
residente a _____	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">COMUNE DI RESIDENZA</p>																						
Via _____	n. _____	Tel. _____	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">FRAZIONE / LOCALITA'</p>																				
<input type="checkbox"/> fratello o sorella naturale <input type="checkbox"/> fratello o sorella adottato (data provvedimento di adozione _____) <input type="checkbox"/> portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di _____ in data _____ (1) <input type="checkbox"/> non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati <input type="checkbox"/> 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 _____	dal _____ al _____	dal _____ al _____
dal _____ al _____	dal _____ al _____	dal _____ al _____	dal _____ al _____

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

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 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

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 (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)

I Sig. _____ ha presentato oggi domanda di congedo di congedo straordinario, previsto dall'art. 42 del d.lgs. n. 151/2001 (già art. 80, comma 2, l. 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