



Timbro datario INPS e firma

Mod.Hand 2 (**Genitori di Maggiorenni/Familiari**)

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 PERMESSI PER L'ANNO

(d.lgs. 151/2001, art. 42; Legge 104/1992, art.33 comma 3; Legge 53/2000, art. 19 e art. 20)

GENITORI DI PORTATORI DI HANDICAP MAGGIORENNI

PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DI PORTATORI DI HANDICAP MAGGIORI DI 3 ANNI

CONIUGI DI PORTATORI DI HANDICAP

(Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

QUADRO A	R ICHIEDENTE		
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	
<small>GIORNO / MESE / ANNO</small>			
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	CODICE FISCALE	
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)		COMUNE DI RESIDENZA	PROV.
CAP	N. TELEFONICO (con prefisso)		

CHIEDE

- di fruire dei permessi indicati al **QUADRO D** e della relativa indennità **qualora spettante** in base al decreto legislativo n.151/2001 e alla legge 104/92 (vedi **AVVERTENZE IMPORTANTI**)
- Il pagamento diretto dell'indennità spettante, in quanto operaio/a agricolo/a.

QUADRO B	DATI DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE		
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	
<small>GIORNO / MESE / ANNO</small>			
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	CODICE FISCALE	
DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE			
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)	CAP	COMUNE DI RESIDENZA	PROV.
<input type="checkbox"/> Figlio/a	<input type="checkbox"/> Figlio/a adottat /affidat : data provvedimento di adozione/affidamento _____		
<input type="checkbox"/> Parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela o affinità: esempio nipote, coniuge, ecc) _____			
<input type="checkbox"/> Convivente con il/la richiedente			
<input type="checkbox"/> non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato			
<input type="checkbox"/> portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di _____ in data _____ (vedi punto 2 AVVERTENZE IMPORTANTI)			
<input type="checkbox"/> non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati			
<input type="checkbox"/> impegnato/a in attività lavorativa e beneficiario/a (se lavoratore/lavoratrice) dei permessi previsti dalla legge 104/92			

DICHIARA

- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta in indirizzo
 - matricola INPS della Ditta (per le aziende agricole indicare partita IVA o cod. fiscale) _____
 - settore di appartenenza (industria/artigianato, terziario, agricoltura, ecc.) _____
 - qualifica (impiegato, operaio, apprendista, lavoratore a domicilio, ecc.) _____

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap
(oppure)
- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (in tal caso l'altro genitore è tenuto a sottoscrivere la dichiarazione di responsabilità di pag. 3)

- di non fruire, in **nessuno** dei mesi solari in cui cadono i permessi mensili indicati al successivo *QUADRO D*, dei congedi straordinari previsti dall'art. 42 comma 5 del D.lgs. 151/2001 per l'assistenza ai figli (o, nei casi previsti, ai fratelli o sorelle) con handicap grave

- di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza (1)

(1) Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza (**vedi avvertenze**).

QUADRO C COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDE LA PERSONA CON HANDICAP GRAVE			
Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

QUADRO D	PERMESSI MENSILI RICHIESTI (1)
Il/la sottoscritto/a richiede	
<input type="checkbox"/> GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DATORE DI LAVORO (VEDI AVVERTENZE) NEI SEGUENTI MESI	
<input type="checkbox"/> GENNAIO	<input type="checkbox"/> APRILE
<input type="checkbox"/> FEBBRAIO	<input type="checkbox"/> MAGGIO
<input type="checkbox"/> MARZO	<input type="checkbox"/> GIUGNO
<input type="checkbox"/> LUGLIO	<input type="checkbox"/> OTTOBRE
<input type="checkbox"/> AGOSTO	<input type="checkbox"/> NOVEMBRE
<input type="checkbox"/> SETTEMBRE	<input type="checkbox"/> DICEMBRE
(1) IL PRESENTE QUADRO D NON VA COMPILATO DAGLI OPERAI AGRICOLI, CHE DOVRANNO PRESENTARE IL MODELLO HAND/AGR PER CIASCUNO DEI MESI INTERESSATI DAI PERMESSI.	

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

(DA NON PRESENTARE SE GIÀ ALLEGATA A PRECEDENTI DOMANDE)

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap o, per i portatori di *sindrome di Down*, anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato -legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 94-).
- Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile)
- Modello HAND/AGR (solo per gli operai dell'agricoltura)
- Altro (indicare) _____

In caso di adozione:

- Adozioni nazionali: copia del provvedimento di adozione o di affidamento e copia del documento rilasciato dall'Autorità competente
- Adozioni internazionali (Legge 31/12/1998 n. 476): certificato dell'Ente autorizzato, da cui risulti l'adozione o affidamento da parte del giudice straniero, l'avvio del procedimento di "convalida" presso il giudice italiano

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

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

Si impegna a presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari.

Preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la 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.

Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione la presente richiesta non consente a quanto indicato ai punti - 1 - 2 - 3 - 4

Data _____

Firma _____
DEL/ DELLA RICHIEDENTE

DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO (1)

- (1) La firma del secondo genitore, che lo impegna anche a comunicare eventuali variazioni, è necessaria solo se lo stesso beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il genitore richiedente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori. In tal caso indicare di seguito i dati del datore di lavoro:

Denominazione Ditta _____

Indirizzo e Località _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE

(non necessaria per i portatori di *sindrome di Down*)

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell'handicap del minore per il quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.

Data _____

Firma _____
DEL/ DELLA RICHIEDENTE

AVVERTENZE IMPORTANTI

1) RAPPORTO DI LAVORO

Gli interessati devono essere titolari di un **rapporto di lavoro dipendente, coperto da assicurazione INPS per le prestazioni di maternità** (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, con obbligo di svolgimento di attività lavorativa.

2) BENEFICIARI

- **Genitori, compresi gli adottivi, o affidatari di di figli maggiorenni, parenti o affini entro il 3° grado, coniuge, di soggetti:**
con handicap in situazione di **gravità** accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992:

- o dalla competente Commissione ASL
- oppure dal medico specialista ASL (in questo caso la certificazione ha validità per sei mesi)
- o, per i portatori di sindrome di Down, anche dal proprio medico di base, con certificato rilasciato su presentazione del "cariotipo" (legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 94).

non ricoverati a tempo pieno presso Istituti specializzati

3) PERMESSI SPETTANTI

- **3 giorni di permesso mensile, frazionabili anche in 6 mezze giornate**

4) CONDIZIONI E MODALITÀ DI FRUIZIONE

- I permessi spettano in via **alternativa** tra i due genitori
 - Spettano anche se l'altro genitore non ne ha diritto (perché, ad esempio, è casalingo/a, lavoratore/lavoratrice autonomo/a, ecc.)
 - Non è richiesta la convivenza con il soggetto portatore di handicap
- se conviventi**
- genitore richiedente
i congedi spettano anche se in famiglia sono presenti altri soggetti non lavoratori, compreso l'altro genitore
 - altri familiari richiedenti (compreso il coniuge)
deve essere dimostrata l'impossibilità per altri familiari maggiorenni conviventi, non lavoratori o non studenti, compreso l'altro genitore che non lavora, di prestare assistenza (ad esempio per grave malattia, età superiore a 70 anni unita a invalidità, inabilità al lavoro, presenza nel nucleo familiare di altri figli minori di 6 anni, ecc.).

familiare del soggetto handicappato sono presenti familiari maggiorenni, compresi i genitori, 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 portatore di handicap.

- I permessi non fruiti in un mese non possono essere cumulati nei mesi successivi
- In caso di part-time verticale le giornate di permesso mensile vengono proporzionalmente ridotte
- I 3 giorni di permesso, complessivamente spettanti ad entrambi i genitori conviventi con il portatore di handicap, se richiesti contemporaneamente, possono anche coincidere (esempio: madre lunedì e martedì, padre martedì)
- I lavoratori agricoli occupati con contratto stagionale possono fruire dei permessi se la durata del contratto prevede l'occupazione per almeno un mese continuativo.
- I lavoratori agricoli a tempo determinato, occupati a giornata, non possono fruire dei permessi.

se non conviventi

i congedi spettano a condizione che l'assistenza sia prestata in via esclusiva e continuativa:

- l'**esclusività** dell'assistenza non è realizzata quando nel nucleo

5) DOMANDA E DOCUMENTAZIONE

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

6) RINNOVO ANNUALE

- **La domanda di permessi va presentata annualmente** all'INPS e al datore di lavoro.
- Per il rinnovo va anche dichiarato che l'ASL non ha rivisto il giudizio di gravità dell' handicap.

7) INCOMPATIBILITÀ

- Durante i mesi in cui viene fruito il congedo straordinario di cui all'art. 42 comma 5 D.lgs. n.151/2001 (congedo massimo di due anni per i genitori, o, nei casi previsti, fratelli) nessun altro soggetto può fruire dei permessi di tre giorni mensili dell'art. 33, comma 3 della legge 104/1992.

RICEVUTA

Hand 2 (Genitori di Maggiorenni/Familiari)

Il/La Sig.

cognome

nome

ha presentato oggi la domanda di permessi mensili (max 3 giorni).

I nominativi del responsabile del procedimento e 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