

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

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. _____

Timbro datario INPS e firma

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

(oppure Protocollo elettronico sulla pag.1)

**DOMANDA ANNUALE DI PERMESSI DAL _____ AL _____ (max. 12 mesi)
PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE**

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

GENITORI DI MAGGIORENNI**PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DI PERSONE MAGGIORI DI 3 ANNI****CONIUGI**

(Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

QUADRO A		RICHIEDENTE	
COGNOME		NOME	DATA DI NASCITA
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	CODICE FISCALE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)		COMUNE DI RESIDENZA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
CAP	N. TELEFONICO (con prefisso)		PROV.
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

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 agricola/a.

QUADRO B		DATI DELLA PERSONA IN CON CONDIZIONE DI HANDICAP	
COGNOME		NOME	DATA DI NASCITA
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	CODICE FISCALE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Figlio/a biologico/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"/> in condizione di handicap grave , accertata dalla ASL di _____ in data _____ (vedi punto 2 AVVERTENZE) <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 sopra indicata

- 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, lavorante a domicilio, ecc.) _____

di svolgere la suddetta attività a part time

orizzontale

verticale: n° giorni di lavoro effettivi ____ . Che l'azienda effettua non effettua la settimana corta (*V. punto 1 Avvertenze*)

di lavorare nel Comune di _____ e di abitare nel Comune di _____
(da dichiarare se diversi da quello di iscrizione anagrafica indicato a pag. 1)

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave
(oppure)

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave 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) in condizione di handicap grave

di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, 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 IN CONDIZIONE DI 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 12 MESI <i>N.B. Se la domanda non decorre dal mese di gennaio va indicato per ciascun mese l'anno in cui sarà fruito il permesso</i> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> GENNAIO 20 <input type="checkbox"/> APRILE 20 <input type="checkbox"/> LUGLIO 20 <input type="checkbox"/> OTTOBRE 20 <input type="checkbox"/> FEBBRAIO 20 <input type="checkbox"/> MAGGIO 20 <input type="checkbox"/> AGOSTO 20 <input type="checkbox"/> NOVEMBRE 20 <input type="checkbox"/> MARZO 20 <input type="checkbox"/> GIUGNO 20 <input type="checkbox"/> SETTEMBRE 20 <input type="checkbox"/> DICEMBRE 20 </div> </div>	
(1) IL PRESENTE QUADRO D NON VA COMPILATO DAGLI <u>OPERAI AGRICOLI</u> , CHE DOVRANNO PRESENTARE IL MODELLO HAND/AGR PER CIASCUNO DEI MESI INTERESSATI DAI PERMESSI.	

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

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

(DA NON PRESENTARE SE GIÀ ALLEGATA A PRECEDENTI DOMANDE)

- ☐ Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante la gravità della condizione di handicap, o, per le persone con *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), o, per i grandi invalidi di guerra e equiparati, copia dell’attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal competente Ministero
- ☐ 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 soggetto in condizione di handicap grave presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap da parte della Commissione ASL
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti
- la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, 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 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.

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 soggetto in condizione di handicap grave 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 soggetti con *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 della condizione di handicap della persona per la 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

EVENTUALE SCELTA DEL PATRONATO

Il/la sottoscritto/a delega il Patronato _____ presso il quale elegge domicilio ai sensi dell’art.47 del Codice Civile, a rappresentarlo/a ed assisterlo/a 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, 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.
- In caso di part time verticale occorre indicare il numero dei gg. in cui sussiste, secondo contratto, l'obbligo di prestare attività lavorativa nel mese (**gg. lavorativi effettivi**) e se l'azienda effettua la "settimana corta". Per ogni mese spetta infatti un numero di giorni proporzionato all'attività effettivamente svolta secondo il contratto.

2) BENEFICIARI

GENITORI, compresi gli adottivi, o affidatari DI FIGLI MAGGIORENNI, PARENTI O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO, CONIUGE, di soggetti:

- in condizione di **handicap grave** 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 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)
- 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 in condizione di handicap grave
 - 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.).
 - 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 familiare del soggetto in condizione di handicap grave 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 soggetto in condizione di handicap grave.
- 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 soggetto in condizione di handicap grave, 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.

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, solo qualora l'INPS e il datore di lavoro non ne siano già in possesso, la documentazione relativa alla condizione di gravità dell'handicap (anche in copia dichiarata autentica), rilasciata a suo tempo dalla commissione medica o dallo specialista della competente ASL, o, per le persone con *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.

6) RINNOVO ANNUALE

- La domanda **ha validità annuale** (12 mesi) e può essere **modificata in caso di necessità**. La domanda **va rinnovata alla scadenza** della precedente.
- 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