



Timbro datario INPS e firma

Mod.Hand 5 (CONGEDI STRAORDINARI FRATELLI)
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

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

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 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 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 _____	

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 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	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 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, <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). 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, <u>timbrata per ricevuta dall'INPS</u>. 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, **convidenti** 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 convidenti, 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)

Il/La Sig. _____ **ha presentato oggi la domanda di congedo straordinario,**
cognome nome
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.

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