



Timbro datario INPS e firma

**MOD. HAND. 4 (CONGEDI STRAORDINARI GENITORI)
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 FIGLI (O AFFIDATI)
CON HANDICAP GRAVE**

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

QUADRO A		GENITORE O AFFIDATARIO RICHIEDENTE	
<div style="border: 1px solid black; width: 95%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">COGNOME</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 95%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">NOME</p>	nat_ il	<div style="border: 1px solid black; width: 95%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">GG / MM / AAAA</p>
a	<div style="border: 1px solid black; width: 95%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">COMUNE DI NASCITA</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">PROVINCIA</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 95%; 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; width: 95%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">COMUNE DI RESIDENZA</p>		
Via	<div style="border: 1px solid black; width: 95%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	n.	<div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>
		Tel.	<div style="border: 1px solid black; width: 95%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>

IL/LA SOTTOSCRITTO/A CHIEDE

- di fruire del congedo straordinario spettante ai genitori o affidatari 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/LA FIGLIO/A (O AFFIDATO/A) CON HANDICAP GRAVE	
<div style="border: 1px solid black; width: 95%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">COGNOME</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 95%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">NOME</p>	nat_ il	<div style="border: 1px solid black; width: 95%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">GG / MM / AAAA</p>
	<div style="border: 1px solid black; width: 95%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">COMUNE DI NASCITA</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">PROV</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 95%; 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; width: 95%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">COMUNE DI RESIDENZA</p>		
Via	<div style="border: 1px solid black; width: 95%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	n.	<div style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>
		Tel.	<div style="border: 1px solid black; width: 95%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>

- figlio naturale
- figlio adottato (1)
- in affidamento preadottivo (1)
- in affidamento **NON** preadottivo (1)
- portatore di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992, il giorno _____ dalla Commissione ASL di _____
- non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati
- non impegnato in attività lavorativa

(1) allegare provvedimento di adozione o di affidamento (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 _____

QUADRO D**DICHIARAZIONE DEL GENITORE O AFFIDATARIO RICHIEDENTE****IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA**

- 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
- di essere convivente con il/la figlio/a (o la persona in affidamento) handicappato/a maggiorenne
- di non essere convivente con il/la figlio/a (o la persona in affidamento) handicappato/a maggiorenne (1), ma di svolgere con continuità l'assistenza allo/a stesso/a per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli/le assistenza (2)
- che l'altro genitore o affidatario non è vivente e ha fruito di n. giorni di congedo straordinario retribuito per lo stesso/a handicappato/a
- (1) La convivenza non è necessaria se il/la figlio/a (o affidato/a) handicappato/a è minorenni.
- (2) In tal caso allegare stato di famiglia dell'handicappato o dichiarazione sostitutiva. Se altre persone convivono con il/la figlio/a (o affidato/a) handicappato/a maggiorenne deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestargli assistenza ovvero la loro eventuale qualità di lavoratori (**vedi avvertenze**)

QUADRO E**DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO***(in caso di affidamento non preadottivo allegare dichiarazione con dati anagrafici e relazione parentela degli affidatari)*

		nat_ il	
COGNOME	NOME		GG / MM / AAAA
a	COMUNE DI NASCITA	PROVINCIA	CODICE FISCALE
residente a	COMUNE DI RESIDENZA	FRAZIONE / LOCALITA'	
	n.		
Via		Tel.	

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

- di non svolgere attività lavorativa o di essere lavoratore autonomo
- 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.*) _____
- 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. _____

segue QUADRO E**segue DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO**

- 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.

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
- Stato di famiglia dell'handicappato (in caso di non convivenza)
- Copia del provvedimento di adozione o di affidamento (in caso di adozione o di affidamento, preadottivo o non preadottivo)
- Altro (indicare) _____

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 genitore o affidatario e per la durata complessiva tra tutti e due i genitori o tra tutti gli affidatari 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
- le modifiche ai periodi di congedo richiesti *(sulla domanda di modifica dovrà essere evidenziato "La presente sostituisce e annulla quella presentata il")*
- periodi richiesti successivamente *(vale solo per l'altro genitore o affidatario)*

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.

Firma _____
 DEL/ DELLA RICHIEDENTE

 DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO

Data _____

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 (1)**

Figli o figlie con handicap in situazione di gravità, accertata dalla competente Commissione ASL da **almeno cinque anni**:

- I congedi spettano in via **alternativa** tra i due genitori lavoratori
- non ricoverati a tempo pieno presso Istituti specializzati
- che non prestano attività lavorativa

2B. SOGGETTI AI QUALI SPETTA: GENITORI (ANCHE ADOTTIVI) DI FIGLI DI ETÀ INFERIORE A 18 ANNI

- è casalingo/a, è lavoratore/lavoratrice autonomo/a, ecc.
- Non è necessaria la convivenza con il figlio

2C. SOGGETTI AI QUALI SPETTA: GENITORI (ANCHE ADOTTIVI) DI FIGLI DI ETÀ SUPERIORE A 18 ANNI

- Se il figlio è **convivente** con il richiedente, i congedi spettano anche se l'altro genitore non lavora ed anche se in famiglia sono presenti altre persone in grado di assistere il disabile
- Se il figlio **non è convivente** con il genitore richiedente, i congedi spettano a condizione che l'assistenza sia prestata in via esclusiva e continuativa:
 - la **esclusività** dell'assistenza non è realizzata quando nel nucleo familiare del soggetto handicappato sono presenti familiari (compreso l'altro genitore non lavoratore) 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 figlio

2D. SOGGETTI AI QUALI SPETTA: AFFIDATARI

- Valgono le stesse regole indicate per i genitori (v. punto 2b. e 2c.)

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** (per gli affidatari, da data non anteriore al 27.4.2001)
- I periodi di congedo straordinario spettano, nell'arco della vita lavorativa, per un massimo complessivo di due anni e tra i due genitori o affidatari 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, che ha 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, che comunque verificherà le condizioni di erogabilità sulla base della documentazione prodotta
- 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 due genitori o affidatari può fruire dei permessi giornalieri per l'assistenza ai portatori di handicap, di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992
- Durante i periodi di congedo straordinario fruiti da un genitore o affidatario, l'altro genitore o affidatario non può beneficiare dell'astensione facoltativa

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

- (1) In caso di decesso dei genitori hanno diritto anche fratelli e sorelle. Per gli stessi non va utilizzato il presente modulo, ma in Mod Hand 5 (Congedi straordinari Fratelli).

RICEVUTA

Mod.Hand 4 (CONGEDI STRAORDINARI GENITORI)

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 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