



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**

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

**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.

<b>QUADRO B</b>				<b>DATI DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE</b>			
COGNOME		NOME		DATA DI NASCITA			
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.		CODICE FISCALE			
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)		CAP		COMUNE DI RESIDENZA		PROV.	
<b>DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE</b>							
<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 <b>2 AVVERTENZE IMPORTANTI</b> ) <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).

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

<b>QUADRO D</b>	<i>PERMESSI MENSILI RICHIESTI (1)</i>
<b>Il/la sottoscritto/a richiede</b>	
<input type="checkbox"/> GIORNI DI PERMESSO MENSILE (MASSIMO 3) NELLE GIORNATE CHE SARANNO INDICATE IN TEMPO UTILE AL DATORE DI LAVORO ( <b>VEDI AVVERTENZE</b> ) 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
<b>(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.</b>	

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

(DA NON PRESENTARE SE GIÀ ALLEGATA A PRECEDENTI DOMANDE)

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap
- 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 .....**

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**

**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)  
non ricoverati a tempo pieno presso Istituti specializzati

**3) PERMESSI SPETTANTI**

- **3 giorni di permesso mensile, frazionabili anche in 6 mezza 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.

**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

- 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.

**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, 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**)

1 Sig. \_\_\_\_\_ 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