



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Sede di \_\_\_\_\_

- Area prestazioni a sostegno del reddito -

ALL'AZIENDA

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

## LAVORATORI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

DOMANDA ANNUALE DI PERMESSI DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (max. 12 mesi)

Legge 104/1992, art.33 comma 6; Legge 53/2000, art. 19 e art. 20

(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	
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	
<small>COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA</small>	<small>PROV.</small>	<small>CODICE FISCALE</small>	
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	
<small>COMUNE DI RESIDENZA</small>	<small>PROV.</small>	<small>INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)</small>	
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	
<small>CAP</small>	<small>N. TELEFONICO</small>		
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>		
<input type="checkbox"/> in condizione di <b>handicap grave</b> , accertata dalla ASL di _____ in data _____ ( vedi punto 2 <b>AVVERTENZE IMPORTANTI</b> )			
<input type="checkbox"/> non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati			

### CHIEDE

- di fruire dei permessi spettanti ai LAVORATORI in condizione di handicap e della relativa indennità **qualora spettante** in base alla legge 104/92 (vedi **AVVERTENZE IMPORTANTI**)
- Il pagamento diretto dei permessi in quanto operaio/a agricolo/a.

### DICHIARA

- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta sopra indicata
  - matricola INPS della Ditta (per le aziende agricole indicare partita IVA o codice 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)

<b>QUADRO B</b>	<b>(1)</b>	<b>PERMESSI ORARI RICHIESTI ( in alternativa ai permessi giornalieri )</b>
<input type="checkbox"/> 2 ORE O 1 ORA DI PERMESSO PER TUTTI I GIORNI LAVORATIVI (V. punti 3.1 e 3.2 Avvertenze)		
PERMESSI DI 2 ORE		PERMESSI DI 1 ORA
dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____		dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____		dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____		dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
<b>(1) IL QUADRO B NON DEVE ESSERE COMPILATO DAGLI OPERAI AGRICOLI, CHE DOVRANNO PRESENTARE IL MODELLO HAND/AGR PER CIASCUNO DEI MESI INTERESSATI DAI PERMESSI .</b>		

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

QUADRO C	(1)	PERMESSI MENSILI RICHIESTI ( in alternativa ai permessi orari )					
NEI SEGUENTI 12 MESI							
N.B. Se la domanda non decorre dal mese di gennaio va indicato per ciascun mese l'anno in cui sarà fruito il permesso							
<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
(1) IL QUADRO C NON DEVE ESSERE COMPILATO DAGLI OPERAI AGRICOLI, CHE DOVRANNO PRESENTARE IL MODELLO HAND/AGR PER CIASCUNO DEI MESI INTERESSATI DAI PERMESSI.							

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA	
<input type="checkbox"/>	Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità della condizione di handicap del soggetto, o, per persone con <i>sindrome di Down</i> , 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
<input type="checkbox"/>	Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile)
<input type="checkbox"/>	Modello HAND/AGR (solo per gli operai dell'agricoltura)
<input type="checkbox"/>	Altro (indicare) _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'	
<p>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.</p> <p><u>Si impegna a consegnare al datore di lavoro la copia della presente domanda, timbrata per ricevuta dall'INPS.</u>  <u>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:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'eventuale ricovero del richiedente, lavoratore in condizione di handicap grave, presso istituti specializzati</li> <li>- la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap grave da parte della Commissione ASL</li> <li>- le modifiche ai periodi di permesso richiesti</li> <li>- la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari.</li> </ul> <p>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.</p> <p>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</p> <p>Data _____ Firma _____  <small>DEL/ DELLA RICHIEDENTE O DEL SUO RAPPRESENTANTE LEGALE</small></p>	

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE (non necessaria per i soggetti con <i>sindrome di Down</i> )	
<p>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 e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche.</p> <p>Data _____ Firma _____  <small>DEL/ DELLA RICHIEDENTE</small></p>	

EVENTUALE SCELTA DEL PATRONATO		
<p>Il/la sottoscritto/a delega il Patronato _____ presso il quale elegge domicilio ai sensi dell'art.47 del Codice Civile, a rappresentarmi ed assistermi 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.</p> <p>La presente delega può essere revocata solo per iscritto.</p> <p>Data _____ Firma _____</p> <p>Timbro e codice del patronato _____ Firma dell'operatore del Patronato _____ numero pratica _____</p>		

## 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**, che deve sussistere all'inizio e durante il periodo di permesso richiesto. Sono esclusi comunque i lavoratori a domicilio e gli addetti ai servizi domestici)
- In caso di part time verticale occorre indicare il numero dei giorni 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) SOGGETTI E REQUISITI

#### LAVORATORI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

- **con handicap in situazione di gravità accertata :**
  - o dalla competente Commissione ASL
  - oppure, nell'attesa della decisione ASL, 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

(spettano quelli del punto 3.1 oppure del punto 3.2)

**3.1 Permessi orari (fino a 2 ore giornaliere in caso di orario giornaliero di lavoro pari o superiore a 6 ore, oppure a 1 ora in caso di orario giornaliero di lavoro inferiore a 6 ore)**

**3.2 Permessi giornalieri: massimo 3 giorni al mese (frazionabili anche in 6 mezza giornate), in proporzione a periodi di lavoro effettivamente lavorati nell'arco del mese.**

N.B. I giorni di permesso non fruiti in un mese, non possono essere cumulati con quelli spettanti in un mese successivo.

### 4) DOMANDA E DOCUMENTAZIONE

- La domanda va compilata in duplice copia, una delle quali dovrà essere consegnata al datore di lavoro
- La domanda ha validità annuale e può essere modificata in caso di necessità.
- Alla domanda va allegata, solo qualora l'INPS e il datore di lavoro non ne siano già in possesso, la documentazione relativa alla gravità della condizione di handicap (anche in copia dichiarata autentica), rilasciata a suo tempo dalla commissione medica o, con validità temporanea, dallo specialista della competente ASL o, per i soggetti 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.

### 5) RINNOVO ANNUALE

- **La domanda di permessi va presentata annualmente** all'INPS e al datore di lavoro.
- Per il rinnovo è sufficiente dichiarare che l'ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap (dichiarazione non necessaria per le persone con *sindrome di Down* e per i grandi invalidi di guerra).

### 6) INCOMPATIBILITÀ

- Durante i mesi in cui vengono richiesti i permessi né il richiedente i permessi né altri soggetti possono fruire del congedo straordinario di cui all'art. 42, comma 5 del D.lgs. n.151/2001 (congedo massimo di due anni)
- **Il lavoratore che fruisce dei permessi giornalieri o orari quale persona in condizione di handicap grave non può richiedere negli stessi periodi permessi per l'assistenza ad altri soggetti in condizione di handicap grave.**

**RICEVUTA**

Mod.Hand 3 (Titolari)

**Il/La Sig.**

cognome

nome

**ha presentato oggi la domanda di**

- permessi orari di 1 o 2 ore al giorno**
- giorni di permesso mensile**

Il nominativo del responsabile del provvedimento può essere rilevato dagli appositi avvisi esposti nei locali dell'INPS.  
Le informazioni al riguardo potranno essere fornite anche telefonicamente.

Timbro datario INPS e firma

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