



Domanda di congedo straordinario per il coniuge di una persona con disabilità grave

Il congedo straordinario è una prestazione che spetta ai genitori, al coniuge, ai fratelli e alle sorelle per l'assistenza ai familiari con disabilità grave.

Il modulo di domanda deve essere compilato e consegnato all'Inps in duplice copia, una copia verrà restituita protocollata e dovrà essere consegnata al datore di lavoro che comunque verificherà le condizioni per effettuare il pagamento sulla base della documentazione prodotta.

Il congedo può essere usufruito dal coniuge della persona disabile solo se convivente
Per ottenere la prestazione, il coniuge da assistere deve essere in una delle seguenti condizioni:

- **Handicap grave, (art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992)**
- **Grandi invalidi di guerra o equiparati**

La condizione di handicap grave deve essere accertata dalla competente Commissione ASL o, nell'attesa della decisione, dal medico specialista ASL (*in questo caso la certificazione ha validità per sei mesi, ad eccezione delle patologie oncologiche per le quali non vi è limite di durata*). La sindrome di Down può essere certificata anche dal medico di base presentando il "cariotipo". I grandi invalidi di guerra o equiparati devono avere il decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. I fratelli e le sorelle da assistere, inoltre, non devono essere ricoverati a tempo pieno e non devono svolgere attività lavorativa.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE (La certificazione sanitaria va allegata in busta chiusa)

- Bisogna allegare la documentazione relativa alla condizione di gravità dell'handicap, rilasciata a suo tempo dalla commissione medica della competente ASL (anche in copia dichiarata autentica), o, per i portatori di sindrome di Down, anche dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il medico curante ha rilasciato il certificato).

Per i grandi invalidi di guerra e equiparati, copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Tutti i documenti sono da allegare solo se l'Inps e il datore di lavoro non ne sono già in possesso.



- **DICHIARAZIONI** (Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445)

All'interno del modulo sono presenti le dichiarazioni per i casi in cui il disabile sia impossibilitato a firmare.

 - Se l'interessato è soggetto a tutela, a curatela o ad amministrazione di sostegno, le dichiarazioni devono essere sottoscritte rispettivamente dal tutore, dall'interessato con l'assistenza del curatore, o dall'amministratore di sostegno.
 - La dichiarazione di chi si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute, è sostituita da quella resa dal coniuge, o in sua assenza dai figli o in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale (anche un funzionario Inps) che si accerta dell'identità del dichiarante. Tale dichiarazione deve esprimere l'esistenza di un impedimento.
 - La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è accolta da un pubblico ufficiale (anche un funzionario Inps) che deve accertare l'identità del dichiarante.

- **COMUNICAZIONI OBBLIGATORIE**

Bisogna comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con questo modulo in particolare:

 - il ricovero a tempo pieno della persona in condizione di handicap grave
 - la revisione del giudizio di gravità della condizione dell'handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dell'handicap grave
 - le modifiche ai periodi di congedo richiesti (*sulla domanda di modifica dovrà essere evidenziato "La presente sostituisce e annulla quella presentata il"*)

- **COSA SPETTA**

Nei periodi di congedo spetta un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione percepita, il periodo di congedo è coperto da contribuzione figurativa accreditata d'ufficio. L'indennità spetta fino ad un importo massimo annuale di € 41.233,26 riferito all'anno 2007 e rivalutabile periodicamente, comprensivo della contribuzione figurativa.

Se il congedo è richiesto per periodi frazionati, l'indennità e il contributo figurativo vengono rapportati a mesi e giorni in misura proporzionale.

L'indennità è anticipata dal datore di lavoro.

- **DECORRENZA / DURATA / FRAZIONABILITA' DEL CONGEDO**

Il congedo può essere richiesto solo per periodi successivi alla presentazione della domanda.

Il lavoratore ha diritto a usufruire del congedo entro sessanta giorni dalla richiesta ed i periodi spettano per un massimo complessivo di due anni (tra tutti gli aventi diritto) per ogni familiare disabile assistito e nel limite di due anni per ogni singolo lavoratore dipendente.

In caso di lavoro part time verticale non è possibile usufruire del congedo durante le pause contrattuali (giornate in cui il contratto part time non prevede l'attività lavorativa).

I periodi di congedo possono essere fruiti in modo frazionato. Se non c'è ripresa di lavoro tra un periodo e l'altro di congedo, il sabato (in caso di settimana corta) e la domenica compresi tra i due periodi saranno conteggiati come congedo straordinario.

- **INCOMPATIBILITÀ**

Durante il periodo di congedo straordinario non si può usufruire dei permessi giornalieri e orari (art. 33 della legge 104/1992) per l'assistenza alla persona in condizione di disabilità.



Domanda di congedo straordinario per il coniuge con disabilità - 1/5

(art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

ALLA SEDE INPS DI _____

ALL'AZIENDA _____

Via _____ n. _____

IL DATORE DI LAVORO E' AUTORIZZATO AL PAGAMENTO SOLO SE SUL MODULO E' PRESENTE IL NUMERO DI PROTOCOLLO INPS

CONIUGE RICHIEDENTE

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO/A IL GG/MM/AAAA _____

A _____ PROV. _____ STATO _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____ STATO _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

● CHIEDO

- di usufruire del congedo straordinario spettante al coniuge di persone in condizione di handicap grave e della relativa indennità (art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001). I periodi richiesti vengono accreditati figurativamente dall'Inps ai fini pensionistici.
- il pagamento diretto da parte dell'Inps dell'indennità, in quanto operaio/a agricola/a.

● PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI

Chiedo di poter usufruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ dal _____ al _____

dal _____ al _____ dal _____ al _____

dal _____ al _____ dal _____ al _____



Domanda di congedo straordinario per il coniuge con disabilità - 2/5

(art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

● DICHIARAZIONE DEL CONIUGE RICHIEDENTE

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

DICHIARO

- di essere convivente con il coniuge in condizione di disabilità grave
 - che i genitori e/o i fratelli del mio coniuge non hanno mai usufruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave
 - che i genitori e/o i fratelli del mio coniuge hanno usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave
 - di svolgere attività lavorativa alle dipendenze dell'Azienda indicata nella prima pagina
 - matricola Inps dell'Azienda (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 a part time verticale
- scadenza il _____ periodi di prevista attività di lavoro:
dal _____ al _____
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
 - dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____
 - dal _____ al _____ gg. _____ - dal _____ al _____ gg. _____

presso l'Azienda/Ente _____

via _____ n. _____

città _____ matricola aziendale n. _____
 - di aver già usufruito 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 l'Azienda/Ente _____

via _____ n. _____

città _____ matricola aziendale n. _____
 - di non usufruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati in questo modulo dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992 per l'assistenza alle persone in condizione di disabilità grave

data _____

firma _____

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento



Domanda di congedo straordinario per il coniuge con disabilità - 3/5

(art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

● DATI E DICHIARAZIONE DEL CONIUGE DISABILE

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
		STATO	<input type="text"/>
RESIDENTE IN	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
		STATO	<input type="text"/>
INDIRIZZO	<input type="text"/>		CAP
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
TELEFONO	<input type="text"/>	CELLULARE	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
INDIRIZZO E-MAIL	<input type="text"/>		

DICHIARO

- di essere coniuge convivente
- di essere in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____
- di non essere ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati
- di essere in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____
- di non essere ricoverato a tempo pieno
- di non essere impegnato/a in attività lavorativa
- di essere assistito con carattere di sistematicità ed adeguatezza dal coniuge richiedente

firma _____

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento

● Dichiarazione di **chi non sa o non può firmare**

Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato mediante (estremi di un documento di riconoscimento) _____

il quale mi ha altresì dichiarato che non sa firmare che non può firmare a causa di un impedimento.

LUOGO E DATA

TIMBRO E FIRMA DELL'ADDETTO

● Dichiarazione di **chi si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute**

Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal sig. _____

_____ (estremi di un documento di riconoscimento) _____

Il quale mi ha altresì dichiarato di essere (grado di parentela) _____ del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

LUOGO E DATA

TIMBRO E FIRMA DELL'ADDETTO



Domanda di congedo straordinario per il coniuge con disabilità - 4/5

(art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

● DATI E DICHIARAZIONE DEL TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
<input type="text"/>	CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	A	<input type="text"/>	RESIDENTE IN	<input type="text"/>
<input type="text"/>	INDIRIZZO	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
<input type="text"/>	TELEFONO	<input type="text"/>	CELLULARE	<input type="text"/>

nella sua qualità di: tutore curatore amm.re sostegno di:

Se l'interessato è soggetto a tutela, a curatela o ad amministrazione di sostegno, la presente dichiarazione è resa e sottoscritta rispettivamente dal tutore o dall'interessato con l'assistenza del curatore o dell'amministratore di sostegno.(art.5 del DPR 445/2000).

DATI DEL DISABILE

<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
<input type="text"/>	CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	A	<input type="text"/>	RESIDENTE IN	<input type="text"/>
<input type="text"/>	INDIRIZZO	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
<input type="text"/>	TELEFONO	<input type="text"/>	CELLULARE	<input type="text"/>

DICHIARO CHE IL DISABILE

- è coniuge del richiedente
- è convivente con il richiedente
- è in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____
- non è ricoverato a tempo pieno
- non è impegnato in attività lavorativa
- è assistito con carattere di sistematicità ed adeguatezza dal coniuge richiedente

firma _____



Domanda di congedo straordinario per il coniuge con disabilità - 5/5

(art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

- **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)* _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito www.inps.it.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.