



## Domanda di congedo straordinario per il fratello o la sorella 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.

### Lavoratori dipendenti ai quali spetta il congedo

Il richiedente deve avere un rapporto di lavoro dipendente in essere all'inizio e durante il congedo richiesto. Sono esclusi i lavoratori a domicilio e i lavoratori domestici. Il congedo spetta ai fratelli o le sorelle lavoratori dipendenti che convivono con il disabile. Hanno diritto al congedo solo in caso di morte di entrambi i genitori o di loro totale inabilità o inabilità dell'unico genitore vivente. E' necessario inoltre che si verifichi una delle seguenti situazioni:

- il fratello/sorella non è coniugato o non convive con il coniuge
- il fratello/sorella è coniugato ed il coniuge convivente non presta attività lavorativa o è lavoratore autonomo
- il fratello/sorella è coniugato ed il coniuge convivente ha espressamente rinunciato a usufruire alla prestazione nello stesso periodo del richiedente.

### Per ottenere la prestazione i fratelli o le sorelle da assistere devono 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.

In caso di totale inabilità dei genitori bisogna allegare la certificazione (riconoscimento di invalidità civile, di rendita Inail, di pensione di invalidità Inps o situazioni simili comunque denominate, da cui sia rilevabile lo stato di invalidità totale).

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 fratello o la sorella di una persona con disabilità grave - 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**

### FRATELLO / SORELLA 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 ai fratelli o sorelle di persona in condizione di handicap grave e della relativa indennità (art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001).
- il pagamento diretto da parte dell'Inps dell'indennità, in quanto operaio/a agricolo/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 fratello o la sorella di una persona con disabilità grave - 2/5

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

### DICHIARAZIONE DEL FRATELLO O DELLA SORELLA 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 fratello in condizione di disabilità grave
- che mio/a fratello/sorella non è coniugato/a o non convive con il coniuge
- che il coniuge di mio/a fratello/sorella non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo
- che il coniuge di mio/a fratello/sorella non ha mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona
- che il coniuge di mio/a fratello/sorella ha usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave
- che il coniuge di mio/a fratello/sorella non ha chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicati di congedi straordinari retribuiti e non intende richiederli negli stessi periodi
- che i miei genitori sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)
- che l'unico genitore vivente è totalmente inabile (allegare certificazione)
- che i miei genitori deceduti o totalmente inabili e altri fratelli/sorelle (anche se deceduti/e) non hanno mai usufruito per l'assistenza al disabile di giorni di congedo straordinario retribuito
- che i miei genitori deceduti o totalmente inabili e gli altri fratelli/sorelle (anche se deceduti/e) hanno usufruito complessivamente per l'assistenza al disabile di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario retribuito
- 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 scadenza il \_\_\_\_\_  a part time verticale (periodi di prevista attività di lavoro: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per la stessa persona
  - 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 fratello o la sorella di una persona con disabilità grave - 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 FRATELLO O DELLA SORELLA DISABILE

(in caso di soggetto maggiorenne)

<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"/>	PROV.	<input type="text"/>
<input type="text"/>	STATO	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
<input type="text"/>	RESIDENTE IN	<input type="text"/>	STATO	<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"/>
<input type="text"/>	INDIRIZZO E-MAIL	<input type="text"/>		

### DICHIARO

- di essere fratello o sorella del richiedente
- di essere convivente con il fratello/sorella richiedente
- 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 in attività lavorativa
- di essere assistito con carattere di sistematicità ed adeguatezza dal fratello 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 fratello o la sorella di una persona con disabilità grave - 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"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### DICHIARO CHE IL DISABILE

- è fratello o sorella del richiedente
- è convivente con il fratello/sorella 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 fratello richiedente

firma \_\_\_\_\_



## Domanda di congedo straordinario per il fratello o la sorella di una persona con disabilità grave - 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](http://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.