

Oggetto: richiesta benefici art. 33 legge 104/92

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA Via _____ Località _____

cap _____ Prov. _____ Tel. _____

Tempo pieno part-time _____ %

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA Via _____ Località _____

cap _____ Prov. _____ Tel. _____

Stato di handicap grave accertato dall'AULSS di _____ in data _____

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE _____

RICOVERATO A TEMPO PIENO SI NO

RICOVERATO A TEMPO PIENO presso istituti specializzati
(per i figli di età inferiore ad anni 3) SI NO

CONVIVENTE SI NO

IN CASO DI CONVIVENZA PRECISARE LO STATO DI FAMIGLIA:

cognome e nome	data e luogo di nascita	attività

Avvertenza

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità (Allegato "A"). Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica.
- In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato "B").

- Dichiaro che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap e di essere, quindi, unico referente per l'assistenza al familiare.

IN CASO DI NON CONVIVENZA INDICARE

- Distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente ed il portatore di handicap Km. _____
- Tempo necessario per raggiungere l'abitazione del portatore di handicap ore _____
- precisare lo stato di famiglia del portatore di handicap

cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione*
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

* nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa e va precisato se titolare di pensione di inabilità lavorativa al 100% o invalidità civile superiore ai 2/3, vanno comunque allegate le relative certificazioni.

Avvertenza

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità (Allegato "A"). Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica.
- In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato "B").

- Dichiaro di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave ma di essere l'UNICO REFERENTE per l'assistenza della persona in situazione di handicap

ELENCO ALTRI FAMILIARI DEL PORTATORE DI HANDICAP FINO ALLO STESSO GRADO DI PARENTELA DEL RICHIEDENTE

cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Avvertenza:

In caso di presenza di altri familiari lavoratori deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato "B").

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che le notizie fornite con il presente modello 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 comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che dovessero intervenire nella situazione sopra descritta.

Data _____

Firma _____

Si conferma che il Sig./Sig.a _____ ha sottoscritto l'istanza in mia presenza.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

o in alternativa allegare fotocopia di un documento di identità (non autenticato)

ALLEGATI

- Certificato rilasciato dall'AULSS attestante lo stato di gravità dell'Handicap
 - Certificato del medico specialista (in attesa venga consegnato il certificato rilasciato dall'AULSS)
 - Altra documentazione: _____

-

PERMESSI AI SENSI DELL'ART. 33 DELLA LEGGE N. 104/1992

REQUISITI PER LA FRUIZIONE DEI PERMESSI PER L'ASSISTENZA A FAMILIARI PORTATORI DI HANDICAP

Art. 33 comma 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104:

A condizione che la persona handicappata non sia ricoverata a tempo pieno, il lavoratore dipendente, pubblico o privato, che assiste persona con handicap in situazione di gravità, coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, ha diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa.

Il predetto diritto non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità.

Per l'assistenza allo stesso figlio con handicap in situazione di gravità, il diritto è riconosciuto ad entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente

Art. 2 comma 2 Decreto-Legge 27 agosto 1993, n. 324, convertito con modificazioni con la legge 27 ottobre 1993, n. 423:

Qualora la commissione medica di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, non si pronunci entro novanta giorni dalla presentazione della domanda, gli accertamenti sono effettuati, in via provvisoria, ai soli fini previsti dall'articolo 33 della stessa legge, da un medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso l'unità sanitaria locale da cui è assistito l'interessato.

L'eventuale provvedimento ha effetto dal 1° giorno del mese successivo alla data dello stesso.

I dati relativi alla fruizione dei permessi saranno comunicati al Dipartimento della Funzione Pubblica, ex art. 24 della legge 4 novembre 2010 n° 183.

L'amministrazione procederà alla verifica delle dichiarazioni sostitutive secondo le consuete modalità (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445 del 2000). La verifica sarà svolta periodicamente, anche a campione. Nel caso in cui dall'accertamento risultasse l'insussistenza dei presupposti per la legittima fruizione dei permessi, l'amministrazione provvederà a revocare i benefici per effetto della decadenza.

A corredo dell'istanza, l'interessato deve presentare dichiarazione sottoscritta di responsabilità e consapevolezza dalla quale risulti che:

- il dipendente è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- il dipendente è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela dei disabile;
- il dipendente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

A seguito dell'accoglimento della domanda da parte dell'amministrazione, il dipendente dovrà aggiornare la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'amministrazione

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in Via _____ n° _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR n° 445 del 28.12.2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

Il dichiarante

Li _____

Si allega copia fotostatica di documento di identità (non autenticato).

Il sottoscritto _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ in Via _____ n° _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR n° 445 del 28/12/2000, e consapevole che soltanto un lavoratore può fruire di giorni di permesso per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità

DICHIARA:

di voler essere assistito soltanto da:

nome e cognome. : _____

nato a _____ il _____

codice fiscale _____

e residente a _____

Il dichiarante

Li _____

Si allega copia fotostatica di documento di identità (non autenticato).

Il sottoscritto _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ in Via _____ n° _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di
dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR n° 445 del
28.12.2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- di essere lavoratore dipendente presso la ditta _____
Via _____ n° _____ città _____
- Altro: _____
(specificare attività)
- Dichiaro, inoltre, di non usufruire dei permessi di cui all' art. 33 Legge 104/92 per
l'assistenza al familiare _____

Il dichiarante

Li _____

Si allega copia fotostatica di documento di identità (non autenticato).

Il sottoscritto _____ dichiara il proprio assenso al trattamento dei dati
personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura e degli
adempimenti conseguenti, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ in Via _____ n° _____

DICHIARA:

- che è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- che è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela dei disabile;
- che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;
- che è consapevole che il diritto alla fruizione dei permessi non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità, fatta eccezione per i genitori che ne possono fruire alternativamente.

Il dichiarante

Li _____
