

## Circolare INPS 10 luglio 2001, n. 138

Oggetto: Provvidenze a favore di genitori di disabili gravi

### 1) T. U. sulla maternità e paternità: permessi *ex lege* 104/92 e congedo straordinario per figli handicappati.

Il Decreto legislativo 26.3.2001, n.151, recante il testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e di sostegno della maternità e della paternità, emanato a norma dell'art.15 della legge 8 marzo 2000 n. 53 e pubblicato sul supplemento ordinario n. 93 della Gazzetta Ufficiale del 26.4.2001, ha provveduto ad armonizzare e coordinare la relativa disciplina, intervenendo, tra l'altro, in materia di agevolazioni a favore dei genitori di disabili gravi.

In particolare, l'art.42, ultimo comma, del suindicato testo unico, entrato in vigore il 27.4.2001, tratta dei permessi ai genitori (1), ai sensi dei commi 2 e 3 della legge 104/92 e del congedo straordinario di 2 anni illustrato con circolare n.64/2001. L'articolo suddetto chiarisce che i riposi, i permessi e i congedi, ivi previsti, spettano al genitore lavoratore anche quando l'altro genitore non ne abbia diritto, con la conseguenza che il genitore lavoratore ha titolo alle agevolazioni previste, anche quando l'altro genitore non svolge attività lavorativa, e ciò a prescindere dalla minore o dalla maggiore età (con diversa disciplina, di seguito illustrata, per quanto attiene ai figli maggiorenni non conviventi con il richiedente) del figlio portatore di handicap grave.

Le innovazioni introdotte, che modificano, sul particolare aspetto, le istruzioni fornite con circ.n.133/2000 (permessi giornalieri) e circ. n. 64/2001 (congedo straordinario), riguardano in particolare i genitori di figli disabili maggiorenni, prevedendo la possibilità di fruire dei permessi di cui alla legge 104/92 e dei benefici di cui all'art.80, comma 2. della legge 388/2000, anche nel caso in cui uno dei genitori non abbia diritto ai permessi (ad esempio, perché non lavora) con la differenza che:

- in caso di figlio maggiorenne **convivente** con il genitore richiedente, è senz'altro possibile l'applicazione del criterio suddetto oltre che nel caso in cui l'altro genitore non lavora, anche nel caso in cui siano presenti nella famiglia altri soggetti non lavoratori in grado di prestare assistenza al disabile;
- in caso di figlio handicappato maggiorenne **non convivente** con il richiedente, secondo quanto previsto al comma 3 del suindicato articolo 42, è necessario che ricorrano i requisiti della continuità ed esclusività dell'assistenza; si confermano su tale aspetto le disposizioni di cui alle circ.133/2000 e 164/2001. In particolare, per quanto attiene all'esclusività se nel nucleo familiare del portatore di handicap, sono presenti altri soggetti (compreso l'altro genitore), non lavoratori, in grado di prestare assistenza, non sono concedibili né i permessi *ex lege* 104/92 né il congedo *ex lege* 388/2000.

Pertanto, in relazione a quanto suddetto, nel precisare che i giorni di permesso *ex lege* 104/92 e il congedo di cui al comma 2 dell'art.80 della legge n.388 del 23.12.2000, spettano **con le nuove regole** in tema di genitori di figli maggiorenni - sempreché ricorrano tutte le altre condizioni richieste per il conseguimento del relativo diritto - **dalla data di entrata in vigore** del succitato Testo Unico (27.4.2001), si conferma che i

permessi ed il congedo suindicati non possono essere fruiti contemporaneamente, secondo i criteri di cui alla circ.n.64/2001.

Il medesimo art. 42, prevede, al quarto comma, che i riposi e i permessi ai sensi dell'art.33 comma 4, della legge n.104/92, possono essere cumulati con il congedo parentale ordinario (astensione facoltativa di 6 mesi per la madre e 7 mesi per il padre, con un massimo di 10/11 mesi se viene fruito da entrambi) e con il congedo per la malattia del figlio.

Al riguardo, restano fermi i criteri di cui alla circ.n.80 del 24.3.95, in materia di cumulabilità tra i giorni di permesso *ex lege* 104/92 e i congedi per la malattia del medesimo figlio (2) e i criteri relativi all'impossibilità di fruire contemporaneamente **da parte dello stesso genitore, nella stessa giornata**, dell'astensione facoltativa e dei suindicati permessi di cui alla legge 104/92.

Invece, in base a quanto previsto dal comma 4 dell'articolo in esame, è possibile godere, contemporaneamente, da parte di un genitore dell'astensione facoltativa e da parte dell'altro dei permessi di cui alla legge 104/92; pertanto, sono da intendersi modificate, su tale punto, le disposizioni di cui alla circ.n.80/95, da ultimo citata.

Sull'argomento, si chiarisce che il comma 4 dell'articolo 42 del T.U. suddetto, a proposito della cumulabilità dei congedi ora indicati fa esplicito riferimento soltanto all'art. 33 della legge 104/92: di conseguenza, **non è possibile la fruizione contemporanea del congedo parentale** (astensione facoltativa) **e del congedo straordinario retribuito di 2 anni** di cui all'art. 80 della legge n. 388/2000, (ora comma 5, art.42 del T.U.). Pertanto, in proposito, continuano a trovare applicazione le disposizioni di cui alla circ. n.64/2001, punto 7.

Inoltre, l'art.45, comma 2, del T.U. in questione, riconosce la titolarità del diritto ai riposi, permessi e congedi, spettanti ai genitori, anche a quelli adottivi e **agli affidatari** (generalmente si tratta di due genitori con figli, oppure di una persona singola), realizzando la necessaria integrazione tra il riferimento, contenuto nei commi 1 e 3 dell'art. 33 della legge 104/92, ai genitori adottivi e l'estensione prevista nel comma 7 del medesimo articolo agli affidatari.

Da ciò discende che agli affidatari spettano, secondo le istruzioni che seguono, sia i giorni di permesso di cui alla legge 104/92 come già previsto, sia il congedo retribuito di due anni di cui alla legge 388/2000.

Al riguardo, si premette che:

- l'affidamento può riguardare soltanto soggetti minorenni (art.2, legge 149/2001);
- l'affidamento è concesso per un periodo massimo di due anni, rinnovabile non oltre la maggiore età dell'affidato;
- gli "affidatari" sono individuabili esclusivamente nei soggetti indicati nel provvedimento di affidamento, da produrre a cura degli interessati alla Sede INPS competente.

Non rientra nell'ipotesi di "affidamento" il caso in cui il disabile minorenne, secondo quanto si rileva dal comma 2 dell'art.2 della legge n.149 del 28.3.2001 (riguardante disposizioni in

materia di adozione e di affidamento di minori), venga **“inserito”** in comunità di tipo familiare o in un istituto di assistenza pubblico o privato. In questi casi il provvedimento sarà appunto, di **“inserimento”** e non di **“affidamento”**, con la conseguenza che in tali ipotesi non saranno estensibili i benefici riconosciuti agli **“affidatari”**.

Ciò premesso, agli affidatari spettano, non solo, come già detto, i giorni di permesso di cui alla legge 104/92 - con l'applicazione delle disposizioni dettate in materia, in particolare quelle attinenti ai soggetti disabili minorenni - ma, **dalla data del 27.4.2001**, anche il congedo straordinario retribuito di 2 anni ex art.80, comma 2 della legge 388/2000.

Il congedo di cui trattasi, spettante secondo i criteri di cui alla circ. n.64/2001, è fruibile non oltre la scadenza del periodo dell'affidamento (che può essere, come suddetto, pari o inferiore ai due anni). Se trattasi di un affidamento contemporaneo a due persone della stessa famiglia, il congedo sarà ovviamente fruibile solo alternativamente e spetterà tra tutti e due gli affidatari un periodo complessivo di congedo non superiore alla durata del periodo dell'affidamento ed entro il limite massimo tra i due, di due anni. Ove il congedo **“straordinario”** sia stato fruito per un periodo inferiore, il periodo restante potrà essere fruito da eventuale altro affidatario, che subentri ai precedenti affidatari, sempre nei limiti della durata dell'affidamento e del massimo di due anni.

In analogia ai criteri che regolano la concessione del congedo ai genitori, se il congedo in questione è stato fruito da uno o più affidatari per la durata di due anni, non sarà più possibile concedere lo stesso ad eventuali altri futuri affidatari.

## **2) Modulistica**

Si allegano in fac-simile (all. 1 e 2) i nuovi moduli di domanda che, come anticipato con messaggio n. 395 del 4.4.2001, tengono conto delle innovazioni ora introdotte. In particolare nel mod. hand 4 sono stati esplicitati i nuovi criteri in tema di genitori di figli maggiorenni e di fruibilità in caso di affidamento; nel mod. hand 5, invece, sono soltanto stati aggiornati i richiami legislativi al nuovo T.U..

Con l'occasione, si fa presente che in caso di modifica dei periodi richiesti o comunque di altri dati della domanda, mod. hand 4 o hand 5, (circ.64/2001 punto 5), sulla nuova domanda, diretta a rettificare la precedente, deve essere evidenziata la dicitura **“La presente domanda annulla la precedente presentata il...”** o altra analoga.

## **3) Lavoratori a tempo determinato. Legge 388/2000, art.8. (ora T.U., d. lgs. n.151/2000, art.42)**

Facendo seguito alla riserva di istruzioni, di cui alla circ. n.64/2001, relative ai lavoratori di cui all'oggetto, si precisa che agli stessi, tranne che alle categorie già escluse dalla fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92 (lavoratori a domicilio, addetti ai servizi domestici familiari, lavoratori agricoli giornalieri), possono essere riconosciuti i benefici previsti dalla legge sopra indicata, con l'applicazione dei criteri di cui alla citata circ. n. 64/2001 e di quelli dettati con la presente circolare.

Al riguardo, si invitano le Sedi competenti a voler attentamente verificare, anche attraverso controlli ispettivi, la reale costituzione del rapporto di lavoro. Ovviamente il congedo stesso è limitato alla durata del rapporto di lavoro stesso.

#### 4) Chiarimenti

a) Circ. n.64 del 21.3.2001. Congedo straordinario legge 388/2000, art.80

Con circ. n. 64 del 15.3.2001, è stato fatto presente che per poter beneficiare del congedo di due anni retribuito, di cui all'art.80 della legge 388/2000 (ora art.42, comma 5, del più volte citato T.U.), è necessario che l'handicap in situazione di gravità sia stato accertato da almeno cinque anni decorrenti dalla data del rilascio del relativo attestato da parte della Commissione medica della competente ASL, salvo che nello stesso sia indicata una diversa decorrenza. In proposito, si chiarisce che tale diversa decorrenza, rispetto alla data di rilascio del suindicato attestato, può essere individuata **soltanto** nella data della domanda di riconoscimento della gravità dell'handicap. In sostanza non sono ammissibili - anche secondo orientamenti ministeriali - dichiarazioni di preesistenza delle condizioni di gravità dell'handicap, rispetto alla domanda.

Inoltre, si conferma che l'accertamento della gravità dell'handicap può essere effettuato soltanto dall'apposita Commissione, di cui all'art.4 comma 1 della legge 104/92, la cui composizione ha caratteristiche ben individuate dal comma stesso. Pertanto, successive dichiarazioni rilasciate dalle ASL attestanti che l'accertamento suddetto è stato effettuato a suo tempo (in genere si tratta di accertamenti di invalidità civile, sia pure con il riconoscimento del diritto all'indennità "di accompagnamento") non possono essere, parimenti, prese in considerazione.

b) Circ. n.133 del 17.7.2000: legge 104/92 art.33. (Congedi ordinari per handicappati)

Al punto 2.5 della circolare in oggetto è stato fatto presente che il mancato possesso di patente da parte di un familiare, non lavoratore, convivente con il soggetto handicappato, può essere uno dei motivi per la concessione dei permessi di cui alla legge 104/92 a favore di familiare lavoratore convivente. In proposito si chiarisce che il possesso di patente da parte di un familiare convivente non lavoratore, non è di per sé motivo sufficiente per escludere dalla fruizione dei permessi stessi un altro familiare lavoratore non convivente con il soggetto handicappato se il familiare non lavoratore convivente è impossibilitato a prestare assistenza per una delle motivazioni indicate al punto 2.5. della suindicata circ.133/2000.

D'altra parte il mancato possesso di patente, da parte del familiare non lavoratore convivente con il soggetto handicappato, neppure è, di per sé, motivo sufficiente per la concessione costante e duratura dei permessi in questione a favore di altro familiare lavoratore, convivente o meno, in possesso di patente di guida, essendo la concessione dei permessi stessi legata, in tale caso, alla mancanza in loco di servizi di trasporto riservati ai disabili, messi a disposizione da pubbliche strutture (circostanza che deve essere comprovata mediante dichiarazione di responsabilità), sia alla dimostrazione, documentata, della necessità di trasportare il disabile **in determinati giorni**, per motivi di cura, in particolari strutture. In altri termini la concessione dei permessi è riconoscibile, solo se per il disabile stesso non è disponibile altro servizio di trasporto, garantito in genere dalle ASL o dai servizi assistenziali comunali, e soltanto per i giorni in cui è

rilevabile la necessità stessa, che ovviamente può essere anche ricorrente e fissata in date prestabilite.

**IL DIRETTORE  
GENERALE  
TRIZZINO**

-----  
(1) I permessi ai parenti ed affini non sono disciplinati dal T.U.; si continuano pertanto ad applicare le disposizioni già impartite in proposito.

(2) La compatibilità è ammissibile anche in caso di malattia del figlio di età superiore ai tre anni; infatti l'art. 3, comma 4 della legge n. 53/2000 (che ha sostituito l'art. 15 della legge 1204/71, ora sostituito a sua volta dall'art. 47, comma 2, del T.U. sulla maternità) prevede la possibilità di assenze - non retribuite - dal lavoro (entro un massimo di 5 gg. annui) anche per i figli di età compresa tra i tre e gli otto anni



Timbro datario INPS e firma

MOD. HAND. 4 (CONGEDI STRAORDINARI GENITORI)  
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 CONGEDO STRAORDINARIO PER FIGLI (O AFFIDATI) CON HANDICAP GRAVE

(art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001)

QUADRO A		GENITORE O AFFIDATARIO RICHIEDENTE		
_____		_____		nat_ il
COGNOME		NOME		GIORNO MESE ANNO
A	_____	_____	_____	
	COMUNE DI NASCITA	PROVINCIA	CODICE FISCALE	
residente a	_____			
	COMUNE DI RESIDENZA	FRAZIONE / LOCALITA'		
Via	_____	n.	_____	Tel. _____

#### IL/LA SOTTOSCRITTO/A CHIEDE

- di fruire del congedo straordinario spettante ai genitori o affidatari di soggetti portatori di handicap grave **accertato da almeno 5 anni** e della relativa indennità spettante in base all'art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001 (vedi **AVVERTENZE IMPORTANTI**).
- il pagamento diretto dell'indennità spettante, in quanto operaio/a agricolo/a.

QUADRO B		DATI DEL/LA FIGLIO/A (O AFFIDATO/A) CON HANDICAP GRAVE		
_____		_____		nat_ il
COGNOME		NOME		GIORNO MESE ANNO
a	_____	_____	_____	
	COMUNE DI NASCITA	PROV	CODICE FISCALE	
residente a	_____			
	COMUNE DI RESIDENZA	FRAZIONE / LOCALITA'		
Via	_____	n.	_____	Tel. _____
<input type="checkbox"/>	figlio naturale			
<input type="checkbox"/>	figlio adottato (1)			
<input type="checkbox"/>	in affidamento preadottivo (1)			
<input type="checkbox"/>	in affidamento <b>NON</b> preadottivo (1)			
<input type="checkbox"/>	portatore di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992, il giorno _____ dalla Commissione ASL di _____			
<input type="checkbox"/>	non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati			
<input type="checkbox"/>	non impegnato in attività lavorativa			

(1) allegare provvedimento di adozione o di affidamento (vedi **AVVERTENZE IMPORTANTI**)

QUADRO C		PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI	
Il/la sottoscritto/a chiede di poter fruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:			
dal	_____	al	_____
dal	_____	al	_____
dal	_____	al	_____

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

**QUADRO D**

**DICHIARAZIONE DEL GENITORE O AFFIDATARIO RICHIEDENTE**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA**

- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta indicata nella prima pagina
    - matricola INPS della Ditta (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: \_\_\_\_\_)
  
  - di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
    - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_
    - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_
    - presso la Ditta/Ente \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
    - città \_\_\_\_\_ matricola aziendale n. \_\_\_\_\_
  - di aver già fruito 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 la Ditta/Ente \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
    - città \_\_\_\_\_ matricola aziendale n. \_\_\_\_\_
  - di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati al quadro C, dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992 per l'assistenza alle persone con handicap
  - di essere convivente con il/la figlio/a (o la persona in affidamento) handicappato/a maggiorenne
  - di non essere convivente con il/la figlio/a (o la persona in affidamento) handicappato/a maggiorenne (1), ma di svolgere con continuità l'assistenza allo/a stesso/a per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli/le assistenza (2)
  - che l'altro genitore o affidatario non è vivente e ha fruito di n. .... giorni di congedo straordinario retribuito per lo stesso/a handicappato/a
- (1) La convivenza non è necessaria se il/la figlio/a (o affidato/a) handicappato/a è minorenni.  
 (2) In tal caso allegare stato di famiglia dell'handicappato o dichiarazione sostitutiva. Se altre persone convivono con il/la figlio/a (o affidato/a) handicappato/a maggiorenne deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestargli assistenza ovvero la loro eventuale qualità di lavoratori (**vedi avvertenze**)

**QUADRO E**

**DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO**

(in caso di affidamento non preadottivo allegare dichiarazione con dati anagrafici e relazione parentela degli affidatari)

		nat_ il			
COGNOME	NOME		GIORN	MESE	ANNO
A					
COMUNE DI NASCITA	PROVINCIA	CODICE FISCALE			
residente a					
COMUNE DI RESIDENZA		FRAZIONE / LOCALITA'			
Via		n.		Tel.	

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA**

- di non svolgere attività lavorativa o di essere lavoratore autonomo
- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta/Ente \_\_\_\_\_
  - indirizzo della Ditta/Ente \_\_\_\_\_
  - matricola INPS della Ditta (per le aziende agricole indicare partita IVA o codice fiscale) \_\_\_\_\_
  - settore di appartenenza (*industria, artigianato, terziario, servizi, agricoltura, ecc.*) \_\_\_\_\_
  - qualifica (*impiegato, operaio, ecc.*) \_\_\_\_\_
- di non aver chiesto, per lo stesso soggetto handicappato, nei periodi indicati al quadro C, congedi straordinari retribuiti, **IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI** negli stessi periodi.
- di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_
  - presso la Ditta/Ente \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
  - città \_\_\_\_\_ matricola aziendale n. \_\_\_\_\_

segue **QUADRO E**segue **DICHIARAZIONE DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO**

- di aver già fruito 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 la Ditta/Ente \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 città \_\_\_\_\_ matricola aziendale n. \_\_\_\_\_
- di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati al quadro C, dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992 per l'assistenza alle persone con handicap, **IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI** negli stessi periodi.

**QUADRO F****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
- Stato di famiglia dell'handicappato (in caso di non convivenza)
- Copia del provvedimento di adozione o di affidamento (in caso di adozione o di affidamento, preadottivo o non preadottivo)
- Altro (indicare) \_\_\_\_\_

**QUADRO G****DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

I sottoscritti, consapevoli delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiarano, ciascuno per le informazioni delle situazioni che lo riguardano, che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero.

Dichiarano inoltre che i suddetti periodi di congedo straordinario vengono richiesti in alternativa all'altro genitore o affidatario e per la durata complessiva tra tutti e due i genitori o tra tutti gli affidatari non superiore a due anni, nell'arco della vita lavorativa, tenendo conto, comunque, che i periodi suddetti rientrano nel limite massimo complessivo di due anni di permesso “per gravi e documentati motivi familiari”, per i quali l'interessato non ha diritto a retribuzione, riconoscibili a ciascun lavoratore(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000).

Si impegnano a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero a tempo pieno 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 congedo richiesti *(sulla domanda di modifica dovrà essere evidenziato “La presente sostituisce e annulla quella presentata il .....”)*
- periodi richiesti successivamente *(vale solo per l'altro genitore o affidatario)*

Il/la richiedente si impegna a consegnare al datore di lavoro la copia della presente domanda, timbrata per ricevuta dall'INPS.

I sottoscritti autorizzano l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale al trattamento dei propri dati personali sensibili per finalità strettamente connesse con l'esecuzione dell'art. 42 del T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001- e della legge n. 104/1992.

Firma \_\_\_\_\_  
 DEL/ DELLA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_  
 DELL'ALTRO GENITORE O AFFIDATARIO

Data \_\_\_\_\_







Timbro datario INPS e firma

**ALL'AZIENDA** \_\_\_\_\_

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

**IL DATORE DI LAVORO E' AUTORIZZATO AL PAGAMENTO SOLO SE PRESENTE TIMBRO DATARIO INPS E FIRMA.**

## DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER FRATELLI CON HANDICAP GRAVE

(art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001)

<b>QUADRO A</b>		<b>FRATELLO o SORELLA RICHIEDENTE</b>														
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">COGNOME</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">NOME</p>	nat_ il	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">GIORNO</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">MESE</td> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: x-small;">ANNO</td> </tr> </table>								GIORNO	MESE	ANNO			
GIORNO	MESE	ANNO														
a _____ <small>COMUNE DI NASCITA</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">PROVINCIA</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">CODICE FISCALE</p>														
residente a _____	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">COMUNE DI RESIDENZA</p>															
Via _____	n. _____	Tel. _____	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">FRAZIONE / LOCALITA'</p>													

### IL/LA SOTTOSCRITTO/A CHIEDE

- di fruire del congedo **straordinario spettante ai fratelli o sorelle di soggetti portatori di handicap grave** accertato da almeno 5 anni e della relativa indennità spettante in base all'art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001 (vedi **AVVERTENZE IMPORTANTI**)
- Il pagamento diretto dell'indennità spettante, in quanto operaio/a agricolo/a.**

<b>QUADRO B</b>		<b>DATI DEL FRATELLO o SORELLA CON HANDICAP GRAVE</b>														
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">COGNOME</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">NOME</p>	nat_ il	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">GIORNO</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">MESE</td> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: x-small;">ANNO</td> </tr> </table>								GIORNO	MESE	ANNO			
GIORNO	MESE	ANNO														
a _____ <small>COMUNE DI NASCITA</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">PROV</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">CODICE FISCALE</p>														
residente a _____	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">COMUNE DI RESIDENZA</p>															
Via _____	n. _____	Tel. _____	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">FRAZIONE / LOCALITA'</p>													
<input type="checkbox"/> fratello o sorella naturale <input type="checkbox"/> fratello o sorella adottato (data provvedimento di adozione _____) <input type="checkbox"/> portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di _____ in data _____ (1) <input type="checkbox"/> non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati <input type="checkbox"/> non impegnato in attività lavorativa																
(1) da almeno 5 anni (vedi <b>AVVERTENZE IMPORTANTI</b> )																

<b>QUADRO C</b>		<b>PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI</b>	
<b>Il/la sottoscritto/a chiede di poter fruire dei congedi nei seguenti periodi:</b>			
dal _____ al _____	dal _____ al _____		
dal _____ al _____	dal _____ al _____		
dal _____ al _____	dal _____ al _____		

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

**QUADRO D DICHIARAZIONE DEL FRATELLO o SORELLA RICHIEDENTE**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA**

- di essere convivente con il fratello portatore di handicap indicato al quadro B
- che i genitori sono entrambi deceduti
- che gli altri fratelli conviventi sono in numero di ... e hanno pertanto compilato altrettante dichiarazioni (quadri E del presente modulo), numerate da 1 a .... (si allegano quelle oltre la prima)
- che i genitori deceduti e altri fratelli non conviventi (anche se deceduti) hanno fruito **complessivamente** per l'assistenza all'handicappato di n. .... giorni di congedo straordinario retribuito
- che i genitori deceduti e altri fratelli non conviventi (anche se deceduti) **non** hanno mai fruito per l'assistenza all'handicappato di giorni di congedo straordinario retribuito
- che la persona handicappata **non** convive con altri familiari non lavoratori in grado di prestare assistenza (1)
- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta indicata nella prima pagina
  - matricola INPS della Ditta (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: \_\_\_\_\_)
- di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg.
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg.
  - presso la Ditta/ Ente \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ matricola aziendale n. \_\_\_\_\_
- di aver già fruito 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 la Ditta/Ente \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ matricola aziendale n. \_\_\_\_\_
- di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati al quadro C, dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992 per l'assistenza alle persone con handicap.

(1) In caso contrario deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza (vedi avvertenze)

**QUADRO E N. 1 DICHIARAZIONE DI ALTRO FRATELLO o SORELLA DELL'HANDICAPPATO (oltre al richiedente)**  
*(se altri fratelli sono conviventi, o hanno fruito in passato di congedi straordinari, allegare altrettante dichiarazioni simili a questa, numerandole progressivamente a partire dal n. 2)*

nat\_ il 

GIORN	MESE	ANNO			

COGNOME       NOME

a  COMUNE DI NASCITA       PROVINCIA       CODICE FISCALE

residente a  COMUNE DI RESIDENZA       FRAZIONE / LOCALITA'

Via  n.  Tel.

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA**

- di essere convivente con il fratello/sorella con handicap grave
- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta/Ente \_\_\_\_\_
  - indirizzo della Ditta/Ente \_\_\_\_\_
  - matricola INPS della Ditta (per le aziende agricole indicare partita IVA o codice fiscale) \_\_\_\_\_
  - settore di appartenenza (*industria, artigianato, terziario, servizi, agricoltura, ecc.*) \_\_\_\_\_
  - qualifica (*impiegato, operaio, ecc.*) \_\_\_\_\_

*segue*

**segue QUADRO E N. 1 DICHIARAZIONE DI ALTRO FRATELLO o SORELLA DELL'HANDICAPPATO (oltre al richiedente)**

- di non aver chiesto, per lo stesso soggetto handicappato, nei periodi indicati al quadro C, congedi straordinari retribuiti, **IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI** negli stessi periodi.
- di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_
- presso la Ditta/Ente \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 città \_\_\_\_\_ matricola aziendale n. \_\_\_\_\_
- di aver già fruito 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 la Ditta/Ente \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 città \_\_\_\_\_ matricola aziendale n. \_\_\_\_\_
- di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati al quadro C, dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992 per l'assistenza alle persone con handicap, **IMPEGNANDOSI A NON RICHIEDERLI** negli stessi periodi.
- di non svolgere attività lavorativa o di essere lavoratore autonomo

**QUADRO F****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) \_\_\_\_\_

**In caso di adozione:**

- copia del provvedimento di adozione

**QUADRO G****DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

I sottoscritti, consapevoli delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiarano, **ciascuno per le informazioni delle situazioni che lo riguardano**, che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero.

Dichiarano inoltre che i suddetti periodi di congedo straordinario vengono richiesti **in alternativa all'altro/a fratello/sorella e per la durata complessiva, tra tutti gli aventi diritto (genitori e fratelli) non superiore a due anni**, nell'arco della vita lavorativa, tenendo conto, comunque, che i periodi suddetti rientrano nel limite massimo complessivo, di due anni di permesso "per gravi e documentati motivi familiari", per i quali l'interessato non ha diritto a retribuzione, riconoscibili a ciascun lavoratore(art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000).

**Si impegnano a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni** delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL o comunque la cessazione della validità del riconoscimento dello stesso
- le modifiche ai periodi di congedo richiesti
- periodi richiesti successivamente *(vale solo per gli altri fratelli)*

Il/la richiedente si impegna a consegnare al datore di lavoro la copia della presente domanda, **timbrata per ricevuta dall'INPS**.

I sottoscritti autorizzano l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale al trattamento dei propri dati personali sensibili per finalità strettamente connesse con l'esecuzione dell'art. 42 del T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001- e della legge n. 104/1992.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

del/ della richiedente

\_\_\_\_\_ del secondo fratello/sorella dichiarante

\_\_\_\_\_ del terzo fratello/sorella dichiarante

\_\_\_\_\_ del quarto fratello/sorella dichiarante

\_\_\_\_\_ del .....

**AVVERTENZE IMPORTANTI****1) RAPPORTO DI LAVORO**

Gli interessati devono essere titolari di un **rapporto di lavoro dipendente** -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

**2) SOGGETTI E REQUISITI****2a. Soggetti *per i quali* spetta**

- Fratelli o sorelle con handicap in situazione di gravità, accertata dalla competente Commissione ASL da **almeno cinque anni**
- non ricoverati a tempo pieno presso Istituti specializzati
- che non prestano attività lavorativa

**2b. Soggetti *ai quali* spetta**

- Fratelli o sorelle lavoratori, **conviventi** con l'handicappato, in caso di **decesso di entrambi i genitori**
- I congedi spettano a condizione che l'assistenza sia prestata **in via continuativa ed esclusiva**: deve essere dimostrata l'impossibilità di prestare assistenza da parte di altri familiari conviventi, non lavoratori (ad esempio per grave malattia, età superiore a 70 anni e invalidità, inabilità al lavoro, presenza nel nucleo familiare di altri figli minori di 6 anni, ecc.)
- L'**esclusività** dell'assistenza non è realizzata quando nel nucleo familiare del soggetto handicappato sono presenti familiari maggiorenni 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 fratello o sorella

**3) DECORRENZA E DURATA**

- Il congedo e la relativa prestazione decorrono dalla data indicata al quadro C del presente modulo, e comunque da data non anteriore al **1.1.2001**
- I periodi di congedo straordinario spettano, nell'arco della vita lavorativa, per un massimo complessivo di due anni tra i genitori e tutti i fratelli o sorelle, e rientrano in ogni modo nel limite massimo globale, spettante a ciascun lavoratore ai sensi dell'art. 4, comma 2, della legge n. 53/2000, di due anni di permesso, **per i quali l'interessato non ha diritto a retribuzione**, riconoscibile "per gravi e documentati motivi familiari"
- I congedi non spettano durante i periodi di prevista pausa contrattuale, in caso di part time verticale

**4) MISURA DELL'INDENNITÀ E CONTRIBUZIONE FIGURATIVA**

- Durante i periodi di congedo spetta un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione percepita
- L'indennità spetta fino ad un importo massimo di **lire 70 milioni**, pari a 36.151,98 Euro (rivalutato annualmente a partire dall'anno 2002), per il congedo di durata annuale
- L'indennità viene rapportata a mesi e giorni in misura proporzionale, se richiesta per periodi frazionati
- Il periodo di congedo è coperto da contribuzione figurativa

**5) MODALITÀ DI PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ**

L'indennità è anticipata dal datore di lavoro privato, con la possibilità di conguaglio con i contributi dovuti all'INPS

**6) DOMANDA E DOCUMENTAZIONE**

- La domanda va prodotta all'INPS in duplice copia, una delle quali verrà restituita timbrata
- La copia timbrata dall'INPS dovrà essere consegnata al datore di lavoro
- Alla domanda va allegata la documentazione relativa alla gravità dell'handicap (anche in copia dichiarata autentica), rilasciata a suo tempo dalla commissione medica della competente ASL, solo qualora l'INPS e il datore di lavoro non ne siano già in possesso

**7) INCOMPATIBILITÀ**

- Durante i periodi di congedo straordinario nessuno dei fratelli può fruire dei permessi giornalieri per l'assistenza ai portatori di handicap, di cui all'art. 33 della legge n. 104/1992

**8) FRAZIONABILITÀ**

- I periodi di congedo possono essere fruiti in modo frazionato (settimana corta) e la domenica, o escludendo i periodi di ferie, che in tal caso sarebbero conteggiati come giornate rientranti nel periodo di congedo
- Tra un periodo e l'altro è necessaria l'effettiva ripresa del lavoro
- Il congedo non è frazionabile escludendo soltanto il sabato

**RICEVUTA**

Mod.Hand 5 (CONGEDI STRAORDINARI FRATELLI)

I Sig. \_\_\_\_\_ ha presentato oggi domanda di congedo di congedo straordinario, previsto dall'art. 42 del d.lgs. n. 151/2001 (già art. 80, comma 2, l. 388/2000) per l'assistenza ai portatori di handicap.

Il nominativo 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