


LAVORATORI AUTONOMI ISCRITTI ALLA GESTIONE SEPARATA (legge n. 335/1995)

ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Sede di _____

**DOMANDA DI INDENNITA' PER DEGENZA OSPEDALIERA
(art. 51, comma 1, legge 488/1999)**

(scrivere in stampatello, fornire le notizie e barrare le caselle che interessano)

Quadro A				DATI ANAGRAFICI DEL/ DELLA RICHIEDENTE			
COGNOME E NOME		COGNOME DEL MARITO		M/F	DATA DI NASCITA		
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	CODICE FISCALE		COMUNE DI RESIDENZA		PROV.
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione, ecc.)				CAP	N. TELEFONICO		

Quadro B		DATI RELATIVI AL RICOVERO	
Periodo degenza: dal		al	
Presso l'Ospedale: _____ denominazione e indirizzo completo Ospedale			
Tipo struttura:	Publica <input type="checkbox"/>	Privata <input type="checkbox"/>	

Quadro C		DATI RELATIVI ALL'ATTIVITA' LAVORATIVA AUTONOMA	
TIPO DI ATTIVITA'			
<input type="checkbox"/> COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA		<input type="checkbox"/> ATTIVITA' PROFESSIONALE	
- Data di iscrizione alla gestione separata _____ gg mm aa			
- Compensi o redditi lordi conseguiti nell'anno (1) tot. £ (2) (Euro) nell'anno (1) tot. £ (2) (Euro)			
(1) Indicare gli importi già conosciuti dei compensi (o redditi) dell'anno del ricovero e di quelli dell'anno precedente, sui quali è stato applicato il contributo. Vedi avvertenze sul retro.			
(2) Solo in Euro dal 2002			

Quadro D		DATI RELATIVI ALLA MODALITA' DI PAGAMENTO PRESCELTA DAL/DALLA RICHIEDENTE	
<input type="checkbox"/> IN LIRE (1)	<input type="checkbox"/> IN EURO	<input type="checkbox"/> ASSEGNO CIRCOLARE	<input type="checkbox"/> ACCREDITO SUL CONTO CORRENTE BANCARIO (indicare le coordinate bancarie nelle sottostanti caselle) (2)
CIN	CODICE BANCA	CAB	CODICE CLIENTE
(1) Solo in Euro dal 2002			
(2) I dati possono essere rilevati dall'estratto conto bancario.			

Quadro E		DATI RELATIVI AL REDDITO CONSEGUITO DAL/DALLA RICHIEDENTE	
NELL'ANNO _____ (1) IL/LA RICHIEDENTE HA CONSEGUITO REDDITO DA LAVORO PARASUBORDINATO ?			
<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI	
IMPORTO LIRE (2) _____		EURO _____	
(1) Indicare l'anno precedente il ricovero.			
(2) Indicare (solo in Euro dal 2002) unicamente gli importi assoggettati a contributo del 12 % (anno 1999), del 13% (anno 2000 e 2001) o del 14% (anno 2002 e 2003), ecc. anziché all'ordinario contributo del 10%			

Segue sul retro

RICEVUTA DOMANDA - Mod. MAL / GEST. SEP.	
INPS Sede di _____	
Il/la signore/a _____	
Ha presentato, in data odierna, domanda di indennita' per degenza ospedaliera, allegando i seguenti documenti:	
<input type="checkbox"/>	Certificato di ricovero
<input type="checkbox"/>	Dichiarazioni del/dei committente/i (n° _____ dichiarazioni)
<input type="checkbox"/>	Copia denunce (n° _____ denunce)
<input type="checkbox"/>	Copia ricevute versamenti contributivi (n° _____ ricevute)
<input type="checkbox"/>	Altra documentazione (da indicare) _____
Data _____	Timbro e firma dell'impiegato addetto _____
N.B. I NOMINATIVI DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO E DEL RESPONSABILE DEL PROVVEDIMENTO POSSONO ESSERE RILEVATI DAGLI AVVISI AL PUBBLICO ESPOSTI NEI LOCALI DELLA SEDE.	

Quadro F	EVENTUALE SCELTA DEL PATRONATO
<p>Io sottoscritto/a delego il Patronato a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente per lo svolgimento della pratica relativa all'oggetto della presente domanda inoltre, avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 10 della legge 675/96, l'informativa sul "trattamento" dei propri dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 22 della legge medesima, acconsento:</p>	
1) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	al loro "trattamento" per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi statutari del patronato;
2) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	alla loro comunicazione all'inps;
3) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	al loro "trattamento" da parte dell'inps per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla normativa;
4) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	alla loro comunicazione ad altri enti competenti alla trattazione della pratica;
5) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	al loro trasferimento all'estero nei casi di prestazione in regime internazionale.

Quadro G	DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL/DELLA RICHIEDENTE
<p>Io sottoscritto/a consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false o incomplete, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Dichiaro inoltre di non essere iscritto/a ad altra forma pensionistica e di non godere di trattamenti pensionistici. Mi impegno altresì ad esibire la documentazione necessaria per il pagamento dell'indennità, eventualmente non ancora presentata. Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsento:</p>	
1) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	al trattamento di eventuali dati sensibili, necessari all'istruzione, alla liquidazione ed alla gestione della domanda che mi riguarda;
2) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	al trasferimento dei miei dati personali e sensibili all'estero, ove ciò sia necessario all'istruzione, alla liquidazione ed alla gestione della domanda che mi riguarda;
3) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	alla comunicazione dei miei dati personali sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e di archiviazione ed al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti, ove ciò sia necessario alla liquidazione ed alla gestione della domanda che mi riguarda;
4) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	alla comunicazione dei miei dati sensibili, per fini diversi da quelli connessi alla presente domanda, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.
<p>Sono consapevole che il mancato consenso comporta: nel caso di cui al punto 1): l'impossibilità di istruire, liquidare o gestire la domanda che mi riguarda; nel caso di cui al punto 2): l'impossibilità di istruire, liquidare o gestire la domanda che mi riguarda se il trasferimento dei dati all'estero è necessario per la trattazione della presente domanda; nel caso in cui al punto 3): notevole ritardo nella liquidazione e nella gestione della mia domanda.</p>	
DATA _____	FIRMA LAVORATORE/TRICE _____

DOCUMENTI DA PRESENTARE
<p><i>TIPO DI DOCUMENTO</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - CERTIFICATO DI DEGENZA OSPEDALIERA; - IN CASO DI RICOVERO ALL'ESTERO, COPIA DELLA PREVENTIVA AUTORIZZAZIONE DEL S.S.N. O DEL RIMBORSO EFFETTUATO DA PARTE DEL S.S.N. STESSO; - COLLABORATORI COORDINATI E CONTINUATIVI: (facoltativo) - COPIA DELLA DENUNCIA (SE EFFETTUATA) RIFERITA ALL'ANNO IN CUI E' AVVENUTO IL RICOVERO ED A QUELLO PRECEDENTE OVVERO DICHIARAZIONE DEI COMMITTENTI (CONTENENTE, PER I SINGOLI ANNI, L'IMPORTO COMPLESSIVO DELLE SOMME CORRISPOSTE E DELLE RITENUTE FISCALI E PREVIDENZIALI OPERATE E LA PERCENTUALE CONTRIBUTIVA APPLICATA). - LIBERI PROFESSIONISTI: (facoltativo) - COPIA DELLE RICEVUTE DEI PROPRI VERSAMENTI CONTRIBUTIVI.

AVVERTENZE
<p>A partire dall'anno 2000 i lavoratori iscritti alla gestione separata dei lavoratori autonomi di cui alla legge 355/95 (liberi professionisti, collaboratori coordinati e continuativi) hanno diritto all'indennità di malattia in caso di degenza ospedaliera, purché non siano iscritti ad altre forme di assicurazione obbligatoria o non siano pensionati: gli interessati sono perciò quelli tenuti (legge 449/97) alla corresponsione del contributo in misura superiore all'aliquota ordinaria del 10% (ad es., per il 2000 e 2001 la misura prevista è il 13%). Il diritto è subordinato (D.M. 12.1.2001) al possesso di almeno 3 mesi di valida contribuzione nei 12 mesi che precedono l'inizio della degenza ospedaliera ed al conseguimento, nell'anno solare che precede quello in cui è iniziato il ricovero, di un reddito individuale da lavoro parasubordinato non superiore al 70% del massimale contributivo di cui all'art. 2, comma 18, della legge 8 agosto 1995, n. 335, valido per lo stesso anno.</p> <p>La contribuzione predetta è accreditabile, per ogni anno, a partire dal mese di gennaio (salvo iscrizioni alla gestione intervenute successivamente), indipendentemente dalla data di percezione degli emolumenti assoggettabili a contributi.</p> <p>L'accREDITAMENTO dei contributi sarà verificato direttamente dall'INPS; tuttavia per accelerare la liquidazione dell'indennità è utile per i collaboratori coordinati e continuativi esibire copia delle denunce riguardanti l'anno del ricovero e l'anno solare precedente ovvero la dichiarazione del o dei committenti (con firma, timbro e relativo codice fiscale) attestante, per i singoli anni, l'importo complessivo delle somme corrisposte e delle ritenute fiscali e previdenziali operate e la percentuale contributiva applicata; per i liberi professionisti esibire copia delle ricevute dei propri versamenti contributivi.</p> <p>L'esibizione della documentazione suddetta è comunque idonea ad interrompere il termine di prescrizione (un anno, a decorrere dal giorno successivo alla dimissione), prescrizione che se non interrotta estingue il diritto all'indennità.</p> <p>La prescrizione può essere interrotta anche con atti scritti (richiesta di pagamento, solleciti, ecc.) Inoltrati all'inps dal lavoratore o dall'ente di patronato eventualmente prescelto o dal proprio rappresentante, entro il suddetto termine prescrizione di un anno o entro un anno da un precedente, idoneo, atto interruttivo.</p> <p>La domanda di indennità malattia per degenza ospedaliera va redatta sul mod. MAL./GEST. SEP. e presentata -entro 180 giorni dalla data di dimissione- alla sede INPS nella cui circoscrizione risiede il/la richiedente, completa di tutta la documentazione prevista a seconda del caso che ricorre.</p>