



Domanda di congedo straordinario per il fratello o la sorella con disabilità grave

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

Per ottenere il congedo straordinario, oltre a possedere i requisiti di legge, è necessario compilare il modulo in ogni sua parte. Il modulo deve essere presentato agli uffici Inps in duplice copia; una delle copie sarà restituita protocollata al lavoratore e dovrà essere consegnata al datore di lavoro, che ha la competenza della gestione concreta dei permessi.

● Requisiti del familiare da assistere

I fratelli e le sorelle da assistere devono essere nella condizione di disabilità grave (art. 3, comma 3, legge 104/1992) o di Grande invalido di guerra o equiparato.

- La condizione di disabilità grave deve essere accertata dalla competente Commissione ASL o, nell'attesa della decisione, dal medico specialista ASL. La sindrome di Down può essere accertata anche dal medico di base che rilascerà la relativa certificazione su presentazione del "cariotipo". La documentazione, rilasciata dalla Commissione ASL o dal medico di base, deve essere allegata al modulo.
- La condizione di grande invalido di guerra o equiparato può risultare anche dal decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, in cui deve essere oscurata la parte relativa alla diagnosi, o dalla copia dell'attestato di pensione.

I fratelli e le sorelle da assistere, inoltre, non devono essere ricoverati a tempo pieno e non devono svolgere attività lavorativa.

● A chi spetta

Il congedo straordinario spetta ai fratelli e alle sorelle per l'assistenza ai familiari con disabilità grave. Il richiedente deve avere un rapporto di lavoro dipendente in corso, coperto da assicurazione Inps per le prestazioni di invalidità, vecchiaia e superstiti. 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 della prestazione nello stesso periodo del richiedente.

● 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 €41.934,23 riferito all'anno 2008 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 ad eccezione degli operai agricoli per i quali l'Inps provvede al pagamento diretto.

● Dati, informazioni e dichiarazioni indispensabili (articolo 1 comma 783 legge 296/2006)

- dati anagrafici del richiedente (pag.1)
- dati anagrafici del disabile (pag. 3)
- rapporto di lavoro in corso (pag. 2)
- non ricovero a tempo pieno (pag. 3)
- convivenza con il disabile (pag. 2)

● Documenti da allegare (la certificazione sanitaria va allegata in busta chiusa)

- per la disabilità grave deve essere allegata la documentazione rilasciata dalla Commissione ASL (anche in copia dichiarata autentica) o dal medico di base per la sindrome di Down
- per i Grandi invalidi di guerra ed equiparati deve essere allegata copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze



Domanda di congedo straordinario per il fratello o la sorella con disabilità grave

(art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

● Decorrenza/durata/ frazionabilità 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 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.

● Quando il disabile è impossibilitato alla firma

Nel caso in cui il disabile sia impossibilitato a firmare e sia 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 (pagina 4). 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. 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 (pagina 4).

● Comunicazioni di variazioni

E' obbligatorio che il richiedente comunichi tempestivamente (entro 30 giorni) le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate in questo modulo e 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 permesso richiesti (in questo caso dovrà presentare domanda di modifica che annulla e sostituisce quella consegnata in precedenza)
- morte del disabile

● Incompatibilità

Durante il periodo di congedo straordinario gli altri familiari non possono usufruire dei permessi orari e giornalieri (articolo 33 legge 104/1992 e articolo 42 decreto legislativo 151/2001) per l'assistenza alla persona con disabilità.

● Detrazioni d'imposta

(articolo 23 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600 e successive modifiche e integrazioni)

Se il richiedente vuole usufruire delle detrazioni d'imposta per carichi di famiglia è necessario dichiarare ogni anno di averne diritto (barrando l'apposita casella all'interno del modulo). È obbligatorio allegare il modulo MV10, debitamente compilato, disponibile sul sito www.inps.it. In mancanza non sarà riconosciuta la detrazione.



Domanda di congedo straordinario per il fratello o la sorella con disabilità grave - 1/5

(art. 42 comma 5 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**

● **CITTADINANZA**

● **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 agricolo

● 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 con disabilità grave - 2/5

● Dichiarazione del fratello o della sorella richiedente

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 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. _____

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

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 con disabilità grave - 3/5

Dati e dichiarazione del fratello o della sorella disabile

NOME COGNOME
 CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA
 A PROV. STATO
 RESIDENTE IN PROV. STATO
 INDIRIZZO CAP
 TELEFONO* CELLULARE*
 INDIRIZZO E-MAIL*

Dichiaro (in caso di soggetto maggiorenne)

- 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 del familiare del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute

io sig. _____ ho prestato questa
 dichiarazione in qualità di (grado di parentela) _____
 del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.
 Firma del familiare _____

Attesto che tale dichiarazione è stata resa dal sig. _____
 _____ (estremi di un documento di riconoscimento) _____
 il quale 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

Dichiarazione del disabile che 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



Domanda di congedo straordinario per il fratello o la sorella con disabilità grave - 4/5

● 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 amministratore di 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 44/5/2000).

● 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"/>

● 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 con disabilità grave - 5/5

● Documentazione allegata (da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi ex lege 104/92)

- Certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di di gravità dell'handicap
- Copia del decreto di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno
- Altro (indicare) _____

● Modalità di pagamento (solo in caso di pagamento diretto)

- assegno circolare
- bonifico presso ufficio postale di _____
- accredito sul conto corrente bancario o postale

CODICE IBAN

● Delega al Patronato

Delego il patronato _____ presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti di Inps, per la trattazione della presente domanda.

Firma dell'operatore del Patronato _____

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____

Firma _____

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 una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.



Domanda di congedo straordinario per il fratello o la sorella con disabilità grave - 5/5

● Documentazione allegata (da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi ex lege 104/92)

- Certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di di gravità dell'handicap
- Copia del decreto di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno
- Altro (indicare) _____

● Detrazioni d'imposta

(articolo 23 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600 e successive modifiche e integrazioni)

- non ho diritto alle detrazioni
- ho diritto alle detrazioni - obbligatorio presentare il modello MV10 (disponibile sul sito www.inps.it)

● Modalità di pagamento (solo in caso di pagamento diretto)

- assegno circolare
- bonifico presso ufficio postale di _____
- accredito sul conto corrente bancario o postale

CODICE IBAN

● Delega al Patronato

Delego il patronato _____ presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti di Inps, per la trattazione della presente domanda.

Firma dell'operatore del Patronato _____

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____

Firma _____

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 una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.