

RICHIESTA BENEFICI L. 104/1992

(permessi retribuiti per l'assistenza ai familiari portatori di handicap in situazione di gravità)

Segreteria Trattamento Giuridico - ASUGI
Ufficio del Personale
Via del Farneto 3 – Trieste

QUADRO A	RICHIEDENTE
Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____	
nato/a a _____ Prov.() il ____ / ____ / ____ residente a _____	
in via _____ n. _____ e domiciliato a _____	
in via _____ n. _____ (se il domicilio è diverso dalla residenza)	
recapito telefonico _____ e-mail _____ @ _____	
<input type="checkbox"/> dipendente dell'ASUGI <input type="checkbox"/> dipendente dell'IRCCS Burlo Garofolo	
<input type="checkbox"/> a tempo pieno <input type="checkbox"/> a tempo parziale <input type="checkbox"/> verticale <input type="checkbox"/> orizzontale con percentuale _____ %	
con il profilo professionale di _____ in servizio presso la struttura _____	
_____ (tel. lavoro _____) nominativo del Coordinatore/Responsabile _____	

consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero. (Art. 76 del DPR 445/2000 "Norme penali- Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia")

CHIEDE

di fruire dei benefici di cui all'art. 33 della Legge 104/1992

QUADRO B	PARENTE ESISTENTE IN VITA CON HANDICAP GRAVE
Nome e Cognome _____	
nato/a a _____ Prov.() il ____ / ____ / ____ residente a _____	
in via _____ n°. _____ e domiciliato a _____	
in via _____ n°. _____ il cui grado di parentela rispetto al richiedente	
risulta essere : _____ (in caso di affidamento/adozione) ingresso in famiglia ____ / ____ / ____	
<input type="checkbox"/> portatore di handicap grave, accertato con verbale definitivo dalla ASL di _____ in data ____ / ____ / ____ (da allegare)	
<input type="checkbox"/> (altro) _____	
<input type="checkbox"/> non ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa	
<input type="checkbox"/> non impegnato in attività lavorativa ovvero	
<input type="checkbox"/> impegnato in attività lavorativa presso _____	
<input type="checkbox"/> NON beneficiario a proprio titolo dei permessi di cui all'art. 33 della Legge 104/1992 ovvero	
<input type="checkbox"/> beneficiario a proprio titolo dei benefici di cui all'art. 33 nella misura di:	
<input type="checkbox"/> due ore di permesso giornaliero	
<input type="checkbox"/> 3 giorni di permesso mensile	

QUADRO C**DICHIARAZIONE E COMPOSIZIONE COABITATIVA DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE**
(non compilare in caso di figli minori con handicap ovvero solo nel caso di assenza dei genitori del minore)

Il/la sottoscritto/a dichiara

- di assumere il ruolo e la connessa responsabilità di porsi quale punto di riferimento della gestione generale dell'intervento, assicurandone il coordinamento e curando la costante verifica della rispondenza ai bisogni dell'assistito (Consiglio di Stato n° 5078/2008)
- di assumersi la responsabilità relativa all'effettiva opera d'assistenza prestata al parente disabile

Inoltre dichiara che:

 nessun soggetto convive con il parente disabile
ovvero

 il portatore di handicap convive con i seguenti soggetti (esclusi i familiari minori) per cui la composizione coabitativa presso cui risiede la persona disabile risulta essere:

<u>Nome e cognome</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Rapporto di parentela</u> <u>(con il parente disabile)</u>	<u>Azienda</u>

- il sottoscritto dichiara di non fruire del beneficio di cui alla Legge per altro soggetto disabile
ovvero
 di fruire dal _____ dei permessi di cui alla Legge 104/1992 per il parente _____ (nome e grado di parentela)

QUADRO D**ELENCO DEI PARENTI ED AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DELLA PERSONA CON HANDICAP**
NON LAVORATORI ovvero LAVORATORI PUBBLICI O PRIVATI
E CHE POTREBBERO, QUINDI, BENEFICIARE DEI PERMESSI DELLA LEGGE 104/92*(non compilare in caso di figli minori con handicap ovvero solo nel caso di assenza dei genitori del minore)***Coniuge o Parenti di primo grado: figli e genitori**

<u>Nome e cognome</u>	<u>Residenza</u> <u>Domicilio</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Rapporto di parentela</u> <u>(con il parente disabile)</u>	<u>Azienda</u>

Parenti di secondo grado: fratelli e sorelle – nipoti (figli dei figli) e nonni

<u>Nome e cognome</u>	<u>Residenza</u> <u>Domicilio</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Rapporto di parentela</u> <u>(con il parente disabile)</u>	<u>Azienda</u>

Parenti di terzo grado: zii (fratelli/sorelle dei genitori) - nipote (figli dei fratelli/sorelle) – bisnonni e bisnipoti

<u>Nome e cognome</u>	<u>Residenza</u> <u>Domicilio</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Rapporto di parentela</u> <u>(con il parente disabile)</u>	<u>Azienda</u>

Affini di primo grado: suoceri – figli del coniuge

<u>Nome e cognome</u>	<u>Residenza</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Rapporto di parentela</u>	<u>Azienda</u>

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

	<u>Domicilio</u>		<u>(con il parente disabile)</u>	

Affini di secondo grado: nuore e generi

<u>Nome e cognome</u>	<u>Residenza Domicilio</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Rapporto di parentela (con il parente disabile)</u>	<u>Azienda</u>

Affini di terzo grado: cognati – nipoti del coniuge - bisnonni e bisnipoti del coniuge

<u>Nome e cognome</u>	<u>Residenza Domicilio</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Rapporto di parentela (con il parente disabile)</u>	<u>Azienda</u>

(ferma restando la possibilità di autocertificazione, ai fini di agevolare la tempistica dell'istruttoria, si consiglia di presentare la dichiarazione del datore di lavoro che certifichi la non fruizione del beneficio)

Il/la sottoscritto/a dichiara che non esistono altri parenti lavoratori al di fuori di quelli su indicati

QUADRO E	FIGLI MINORI
-----------------	---------------------

Il/la sottoscritta richiede di avvalersi del beneficio nella misura di :

3 giorni di permesso mensile

I permessi verranno fruiti dal solo sottoscritto genitore

(Allegare la dichiarazione del datore di lavoro dell'altro coniuge in cui si evidenzia la non fruizione del benefici)

I permessi verranno fruiti alternativamente da entrambi i genitori

(In caso di fruizione congiunta si precisa che ogni mese dovrà essere inviata certificazione delle assenze fruiti dall'altro genitore)

Eventuali ulteriori precisazioni utili: _____

NB: Al compimento del 18° anno di età del figlio i permessi dovranno essere fruiti da un'unica persona

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ PER EVENTUALI SUCCESSIVE MODIFICHE

Il/la sottoscritto/a si impegna 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

ovvero

qualunque altra informazione o variazione che potrebbe comportare una modifica al beneficio di cui alla Legge 104/1992 e SMEI

SOTTOSCRIZIONE DELLE DICHIARAZIONI SUCCITATE

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che le notizie fornite con il presente modulo sono rispondenti al vero.

Dichiara di prendere atto degli articoli 71, 75 e 76 del DPR 445/2000:

- “Le Amministrazioni sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive”
- “Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici”
- “Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia”.
- l'Amministrazione, anche attraverso altri organi istituzionali (INPS, Guardia di Finanza, Carabinieri, Polizia, Comune, ecc.) può avviare controlli idonei al fine di accertare la veridicità di quanto dichiarato

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali per finalità strettamente connesse con l'esecuzione della legge n. 104/1992

Data _____

_____ FIRMA DEL/ DELLA RICHIEDENTE

NOTE DELL'UFFICIO PREPOSTO

All'atto della presentazione della domanda, in applicazione di quanto stabilito dall'art 71 del DPR 445/2000, l'Ufficio avvierà i seguenti controlli:

- nota alla sede INPS di _____ per informazioni riguardanti _____
- nota alla Guardia di Finanza al fine di accertare _____
- nota ai Carabinieri al fine di accertare _____
- nota al Comune di _____ al fine di accertare _____
- nota a _____

L'invio per gli accertamenti di cui all'art. 71 del DPR 445/00 si ritiene:

- necessario ma da effettuare in data successiva
- NON necessario

Timbro data e firma