



Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati 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 figli anche adottivi o gli affidati 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 figli da assistere, inoltre, non devono essere ricoverati a tempo pieno e non devono svolgere attività lavorativa.

● A chi spetta

Il congedo straordinario spetta ai genitori (anche adottivi) o affidatari nei seguenti casi:

- se il figlio non è coniugato o non convive con il coniuge
- se il figlio è coniugato ed il coniuge convivente non presta attività lavorativa o è lavoratore autonomo
- se il figlio è coniugato ed il coniuge convivente ha espressamente rinunciato a usufruire alla prestazione nello stesso periodo di congedo

Se il figlio è minorenni, il beneficio spetta anche in assenza di convivenza.

Se il figlio è maggiorenne, il beneficio spetta, anche in assenza di convivenza, ma a condizione che l'assistenza sia prestata con sistematicità e adeguatezza rispetto alle concrete esigenze del disabile.

I congedi possono essere usufruiti o dal padre o dalla madre e spettano anche se l'altro non ne ha diritto (esempio: l'altro genitore è casalingo/a, è lavoratore/lavoratrice autonomo/a ecc.)

Il richiedente deve avere un rapporto di lavoro dipendente in corso, coperto da assicurazione Inps per le prestazioni di invalidità, vecchiaia e superstiti.

● 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 dei lavoratori 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 del disabile (pag. 3)
- convivenza con il disabile (pag. 2)
- sistematicità ed adeguatezza dell'assistenza al disabile (pag. 2)



Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati 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)

- **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

Questi documenti sono da allegare solo se Inps e il datore di lavoro non ne sono già in possesso.

● 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 in cui 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 (pag.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 (pag. 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 assistere figli o affidati con disabilità grave - 1/5

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

ALL'UFFICIO 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

Genitore o affidatario richiedente

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO/A IL GG/MM/AAAA _____

A _____ PROV. _____ STATO _____

CITTADINANZA _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____ STATO _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

TELEFONO* _____ CELLULARE* _____

INDIRIZZO E-MAIL* _____

Chiedo

- di usufruire del congedo straordinario spettante ai genitori o affidatari di persone in condizione di disabilità 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 assistere figli o affidati con disabilità grave - 2/5

● Dichiaro

- che mio figlio/a non è coniugato/a o non convive con il coniuge
- che il coniuge di mio figlio/a non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo
- che il coniuge di mio figlio/a non ha mai usufruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave
- o che il coniuge di mio figlio/a ha usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave
- o che il coniuge di mio figlio/a 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
- 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. _____

- di essere convivente con mio figlio/a (o la persona in affidamento) maggiorenne in condizione di disabilità grave
- di non essere convivente con mio figlio/a (o la persona in affidamento) maggiorenne (*) in condizione di disabilità grave, ma di svolgere con sistematicità e adeguatezza l'assistenza allo/a stesso/a
- che l'altro genitore o affidatario ha usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario retribuito per la stessa persona in condizione di disabilità grave

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

In caso di adozione/affidamento

data del provvedimento di adozione/affidamento _____ (gg/mm/aaaa)

rilasciato dal tribunale di _____ provvedimento n. _____

(*) La convivenza non è necessaria se il/la figlio/a (o affidato/a) in condizione di disabilità grave è minorenni.



Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati con disabilità grave - 3/5

Dati del/la figlio/a 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 figlio/affidato del 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 non convivere con il richiedente ma di essere assistito con sistematicità ed adeguatezza dallo stesso

data _____

firma _____

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 assistere figli o affidati con disabilità grave - 4/5

● Dati e dichiarazione del tutore/curatore/amministratore di sostegno

NOME COGNOME
 CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA
 A RESIDENTE IN
 INDIRIZZO CAP
 TELEFONO CELLULARE

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

NOME COGNOME
 CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA
 A RESIDENTE IN
 INDIRIZZO CAP

● Dichiaro che il disabile

- è figlio/a del richiedente
- è convivente con il 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
- non è convivente con il richiedente ma è assistito con sistematicità ed adeguatezza dallo stesso

firma _____

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

- certificato rilasciato dalla competente ASL che attesta lo stato di gravità dell'handicap
- copia del decreto di nomina del tutore, curatore o 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)



Domanda di congedo straordinario per assistere figli o affidati con disabilità grave - 5/5

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

- Bonifico domiciliato presso Ufficio postale
- Accredito sul conto corrente bancario o postale (indicare le coordinate bancarie che possono essere rilevate dall'estratto conto bancario)

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.

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.