

PERMESSI AI SENSI DELL'ART. 33 DELLA LEGGE N. 104/1992

REQUISITI PER LA FRUIZIONE DEI PERMESSI PER L'ASSISTENZA A FAMILIARI PORTATORI DI HANDICAP

I permessi possono essere richiesti per l'assistenza a parenti o affini entro il 3° grado o coniuge, che non risultino ricoverati presso alcun istituto (istituto specializzato nel caso si tratti di minore di anni 3) a condizione che sia stato riconosciuto da parte della Commissione di cui all'art. 4 della L. 104/92 lo stato di gravità dell'handicap (art. 3, comma 3 della stessa legge).

1. Per l'assistenza a figli minori con handicap fino a 3 anni di età (art. 33, comma 2 e art. 42, comma 1 D.Lgs. 151/2001)

➤ In alternativa al prolungamento del congedo parentale, possono essere fruiti dai genitori, anche non conviventi (compresi adottivi e affidatari) permessi di due ore al giorno (con orario di lavoro giornaliero pari o > a 6 ore, 1 ora in caso contrario)

2. Per l'assistenza a figli minori con handicap dai 3 ai 18 anni di età (art. 33, comma 32 e art. 42, comma 2 D.Lgs. 151/2001)

➤ Possono essere fruiti dai genitori, anche non conviventi (compresi adottivi e affidatari) 3 giorni di permesso al mese, frazionabili a ore fino ad un massimo di 18)

3. Per l'assistenza a familiari maggiorenni con handicap (art. 33, comma 32 e art. 42, comma 3 D.Lgs. 151/2001)

➤ Possono essere fruiti 3 giorni di permesso al mese, frazionabili a ore fino ad un massimo di 18)

▪ Per richiedenti conviventi i permessi spettano:

➤ Ai genitori (anche se in famiglia sono presenti anche altri soggetti non lavoratori)
➤ Agli altri familiari se viene dimostrata l'impossibilità da parte di altri familiari maggiorenni conviventi non lavoratori/studenti di prestare assistenza

• Per richiedenti conviventi e non i permessi spettano nel caso sussistano contemporaneamente i requisiti della esclusività e continuità dell'assistenza. A tale proposito si richiamano le circolari INPS n. 133/2000, 138/2001 e 128/2003 nelle quali viene precisato che il **requisito della continuità** (= assistenza quotidiana) non è individuabile nei casi di effettiva lontananza tra le abitazioni di chi presta assistenza e chi la riceve (quantificabile, in termini di tempo, in un tempo superiore ad un'ora). In caso contrario possono essere applicati i criteri indicati nella circolare INPS 138/2001 secondo cui i permessi possono essere concessi solo per i giorni in cui il lavoratore dimostri di aver accompagnato l'handicappato all'effettuazione di visite mediche, accertamenti o simili, se l'effettuazione non è cioè altrimenti assicurabile.

Per quanto riguarda l'**esclusività** il lavoratore richiedente i permessi deve essere l'unico soggetto che presta assistenza al disabile: tale requisito quindi viene meno nel caso siano presenti altri soggetti lavoratori che beneficiano dei permessi per lo stesso handicappato, ovvero soggetti non lavoratori in grado di assisterlo.

L'impossibilità da parte del familiare maggiorenne non lavoratore di prestare assistenza si realizza nel caso di:

1. riconoscimento di inabilità al lavoro pari al 100%
2. riconoscimento di infermità superiore a 2/3
3. età superiore a 70 anni in presenza di qualsiasi invalidità comunque riconosciuta
4. grave malattia o infermità temporanea per i periodi di ricovero ospedaliero (con valutazione del medico legale)

DOMANDA PERMESSI ART. 33 LEGGE 104/02

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

COGNOME _____ NOME _____ data nascita _____

RESIDENZA _____ Via _____ Tel. _____

QUALIFICA _____ Sede di servizio _____ Tel. _____

Tempo pieno part-time _____ %

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

COGNOME _____ NOME _____ data nascita _____

RESIDENZA _____ Via _____

Portatore di handicap grave accertato dall'AULSS di _____ in data _____

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE _____

RICOVERATO A TEMPO PIENO SI NO

RICOVERATO A TEMPO PIENO presso istituti specializzati (per i figli inferiori anni 3) SI NO

CONVIVENTE SI NO

IN CASO DI CONVIVENZA PRECISARE LO STATO DI FAMIGLIA:

cognome e nome	data e luogo di nascita	attività
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Avvertenza:

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità (Allegato "A"). Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica.
- In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato "B").

- di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza.

IN CASO DI NON CONVIVENZA INDICARE

- ▶ Distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente ed il portatore di handicap Km. _____
- ▶ Tempo necessario per raggiungere l'abitazione del portatore di handicap ore _____
- ▶ precisare lo stato di famiglia del portatore di handicap

cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione*
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

* nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa e va precisato se titolare di pensione di inabilità lavorativa al 100% o invalidità civile superiore ai 2/3, vanno comunque allegate le relative certificazioni.

Avvertenza:

- Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità (Allegato "A"). Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato ma documentato da certificazione medica.
- In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato "B").

- Dichiaro, inoltre, che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap.

ELENCO ALTRI FAMILIARI DEL PORTATORE DI HANDICAP FINO ALLO STESSO GRADO DI PARENTELA DEL RICHIEDENTE

cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Avvertenza:

- In caso di presenza di altri familiari lavoratori deve essere prodotta autocertificazione come da modello (Allegato "B").

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione. Si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che dovessero intervenire nella situazione sopradescritta.

Data _____ Firma _____

Si conferma che il Sig./Sig.a _____ ha sottoscritto l'istanza in mia presenza.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

o in alternativa allegare fotocopia di un documento di identità (non autenticato)

ALLEGATI

- Certificato rilasciato dall'AULSS attestante lo stato di gravità dell'Handicap
- Certificato del medico specialista (in attesa venga consegnato il certificato rilasciato dall'AULSS)
- Altra documentazione: _____

N.B.: Si fa presente che la domanda verrà evasa nei termini previsti dalla L. 241/ (entro 30 giorni dalla data di ricevimento al protocollo generale).

Qualsiasi integrazione di documentazione richiesta interrompe il suddetto termine.