

Oggetto: Richiesta Riconoscimento Benefici - art. 33, Legge n. 104/92 e ss.mm.ii.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 33 della Legge n. 104/92 e ss.mm.ii, il/la sottoscritto/a, avendone i requisiti, chiede alla S.V. l'autorizzazione a poter usufruire dei permessi retribuiti nel limite massimo mensile consentito dalla norma richiamata.

A tal fine, dichiara:

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

Cognome	Nome	data di nascita ____/____/____	
residenza	Via	nr.	
categoria	in servizio presso	tel. sede servizio	
con rapporto a tempo pieno	con rapporto a part time al ____%		

DATI RELATIVI AL PORTATORE DI HANDICAP

Cognome	Nome	data di nascita ____/____/____	
residenza	Via	nr.	
Portatore di handicap grave accertato dall'A.S.L. di _____			
in data ____/____/____			
rapporto di parentela con il richiedente _____			
Ricoverato a tempo pieno (indicare SI o NO) _____		Convivente (indicare SI o NO) _____	

In caso di convivenza, precisare lo stato di famiglia:

Cognome e Nome	data e luogo di nascita	attività	relazione di parentela
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		

Per le finalità di cui innanzi allega la seguente documentazione (*contrassegnare con un segno di X la documentazione che si allega o che si dichiara con autocertificazione*):

- 1.0** - Verbale di accertamento dell'handicap "in situazione di gravità" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92 e ss.mm.ii., rilasciato dalla Commissione Competente istituita presso l'A.S.L. di _____;
- 2.0** - Attestato rilasciato dall' A.S.L., dal quale risulta che il soggetto portatore di handicap "in situazione di gravità" non è ricoverato a tempo pieno nelle strutture sanitarie dipendenti, oppure
- 2.1** - Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio rilasciata dal dipendente, sottoscritta in presenza del dipendente addetto a riceverla, con relativa annotazione, oppure accompagnata da fotocopia di un documento di identità, secondo la vigente normativa (firmata in originale) dalla quale risulti che il soggetto disabile non è *ricoverato a tempo pieno*;
- 3.0** - Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio rilasciata dal soggetto portatore di handicap "in situazione di gravità" maggiorenne, sottoscritta in presenza del dipendente addetto a riceverla, con relativa annotazione, e riportante la dichiarazione di *gradimento dell'assistenza da parte del richiedente*, oppure
- 3.1** - Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, accompagnata da fotocopia di un documento d'identità del portatore di handicap "in situazione di gravità" maggiorenne, secondo la vigente normativa (firmata in originale), dalla quale si evinca il *gradimento dell'assistenza da parte del richiedente*;
- 4.0** - Dichiarazione del dipendente richiedente con cui si impegna a fornire tempestive notizie all'Amministrazione, in ordine a eventuali modifiche dello stato di famiglia relativamente al venir meno dell'assistenza al portatore di handicap;
- 5.0** - Atto (_____) dal quale si evince il rapporto di parentela con il disabile;
- 6.0** - Solo per i dipendenti che risiedono lontani dalla residenza del soggetto portatore di handicap "in situazione di gravità" da assistere: atti idonei a dimostrare "*l'attualità*" dell'assistenza al disabile, pur se con la difficoltà che la lontananza della sede di servizio comporta e compatibilmente con il servizio svolto;
- 7.0** - Dichiarazione che nessun altro parente, fra quelli aventi titolo a chiedere i benefici della Legge n. 104/92 e ss.mm.ii., usufruisce di permessi retribuiti per l'assistenza al soggetto portatore di handicap "in situazione di gravità";
- 8.0** - Dichiarazione (in caso di non convivenza con la persona da assistere) di assistenza con *continuità e in via esclusiva* del portatore di handicap "in situazione di gravità".

Con la firma in calce il/la sottoscritto/a autorizza il CPIA NA Prov. 2, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, all'utilizzo dei dati personali raccolti nonché quelli relativi ai suoi familiari e a quelli che saranno raccolti nel corso del procedimento, purché trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza.

Palma Campania, lì _____

Il/la Richiedente

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

1) DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA NON RICOVERABILITA' A TEMPO PIENO DEL SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP GRAVE

Il/la sottoscritto/a, richiedente dei benefici di cui alla Legge n. 104/92 e ss.mm.ii., consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, dichiara che il portatore di handicap "in situazione di gravità" al quale assicurerà l'assistenza non è ricoverato a tempo pieno presso strutture sanitarie dipendenti dall'A.S.L.

Palma Campania, lì _____

Il/la Dichiarante

2) DICHIARAZIONE RILASCIATA DAL PORTATORE DI HANDICAP MAGGIORENNE

Il/la sottoscritto/a _____ meglio generalizzato/a a pag. 1 della presente istanza, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

il proprio gradimento circa l'assistenza che il/la richiedente dei benefici vorrà assicurargli/le a causa delle ridotte capacità procurate dalla disabilità in essere.

Palma Campania, lì _____

Il/la Dichiarante

3) DICHIARAZIONE DI IMPEGNO A COMUNICARE VARIAZIONI

Il/la sottoscritto/a, in qualità di richiedente i benefici di cui alla Legge n. 104/92 e ss.mm.ii., consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

che comunicherà con tempestività ogni eventuale modifica interessante la concessione dei benefici richiesti ai sensi della Legge n. 104/92 e ss.mm.ii.

Palma Campania, lì _____

Il/la Dichiarante

4) DICHIARAZIONE CHE NESSUN ALTRO FAMILIARE USUFRUISCE DEI BENEFICI DELLA LEGGE N. 104/92 e ss.mm.ii. PER IL SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP GRAVE

Il/la sottoscritto/a, richiedente i benefici di cui alla Legge n. 104/92 e ss.mm.ii., consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

che nessun altro componente il nucleo familiare o parente del soggetto portatore di handicap "in situazione di gravità" interessato alla presente istanza ha in godimento i benefici di cui alla legge 104/92.

Palma Campania, lì _____

Il/la Dichiarante

5) DICHIARAZIONE IN CASO DI NON CONVIVENZA CON LA PERSONA DA ASSISTERE

Il/la sottoscritto/a, richiedente i benefici di cui alla Legge n. 104/92 e ss.mm.ii., consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

di assistere in via continuativa ed esclusiva il proprio familiare _____.

Palma Campania, lì _____

Il/la Dichiarante

(in caso di dichiarazioni non firmate davanti al responsabile del procedimento) Si allega alla presente fotocopia del documento di identità in corso di validità del soggetto disabile e del soggetto che richiede.

Dichiarazione di responsabilità e consapevolezza

(ai sensi della circolare della Funzione Pubblica n. 13 del 6 dicembre 2010)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/_____
a _____ prov. (____), in servizio presso questo istituto, sede associata di
_____, in qualità di _____ con contratto
di lavoro a tempo (determinato/indeterminato) _____,

DICHIARA

- 1) di prestare assistenza nei confronti del (padre/madre/figlio/coniuge/ecc.)
_____ portatore di handicap "in situazione di gravità";
- 2) di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di sussistenza del soggetto portatore di handicap e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- 3) è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività supportano solo per l'effettiva tutela del disabile.

Palma Campania, li ____/____/_____

In fede
