

Oggetto: Richiesta di beneficiare dei permessi previsti dalla legge n.104/92 art. 33 c. 3 per assistenza ad un familiare disabile.

Il/La sottoscritto/a nato/a a
(prov) il e residente a ()
via n. cap
In qualità di

CHIEDE

di beneficiare per l'a. s. / dei permessi previsti dall' art.33 c. 3 della Legge 104/92 e successive modificazioni, per prestare assistenza alla seguente persona in situazione di disabilità grave:

(figlio/a con età fino a 3 anni o superiore a 8 anni, coniuge, parenti e affini)

Cognome e nome
Rapporto di Parentela
Data e luogo di nascita prov.
Codice Fiscale
Residente a ()
Via n. cap

Riconosciuto/a invalido/a **in situazione di gravità** di cui al comma 3 dell'art.3 L.104/92, come da certificazione (allegata) rilasciata dal competente collegio medico legale dell' INPS di in data **senza revisione** ☐ / **con revisione** ☐
il .

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni , sotto la sua personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47, nonché dall' art. 76 (*norme penali*) del D.P.R. n. 445 del 2000 e successive modificazioni,

Dichiara

- ☐ il familiare sopraindicato è in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell' INPS di che si allega;
- ☐ per il familiare sopraindicato non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica a tutt'oggi del giudizio sulla gravità dell'handicap rilasciato dal competente collegio medico legale dell'INPS di che si allega;
- ☐ il/la sottoscritto/a assiste in **via esclusiva, in qualità di referente unico**, il familiare disabile, in quanto individuato con formale atto di nomina:
- Direttamente dal familiare in situazione di disabilità (*non vale per il minore*)
 - Dal genitore /figlio / tutore/ curatore/amministratore di sostegno (*in caso di soggetto in situazione di grave disabilità che non sa o non può firmare*)

☐ il/la sottoscritto/a **è convivente/ non convivente** con il familiare disabile residente / domiciliato nel comune di , situato a distanza stradale **inferiore/superiore*** a 150 Km rispetto a quello di residenza del lavoratore;

*(*da attestare con titolo di viaggio o altra documentazione idonea il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito);*

☐ il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circ. del 03/12/2010 n.155 e a tutt'oggi si dichiara l'esistenza in vita;

☐ il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 2° grado- affinità di 3° grado () :

☐ non è coniugato;

☐ è vedovo/a;

☐ è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età; *(allegare dichiarazione del coniuge)*

☐ è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;

(allegare dich. del coniuge e certif. medico)

☐ è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;

☐ è separato legalmente o divorziato;

☐ è coniugato ma in situazione di abbandono; *(allegare dichiarazione)*

☐ ha uno o entrambi i genitori deceduti;

☐ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;

☐ ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;

☐ che i seguenti parenti o affini entro il 2° grado, non possono fornire assistenza alla persona sopra indicata, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e nome

Parentela

Data e luogo di nascita

Residente a

 () cap

via

 n.

non può fornire assistenza perché

☐ è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma morale oltre giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

☐ 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 sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;

☐ il/la sottoscritto/a **si impegna a comunicare** tempestivamente (entro 30 giorni) **ogni variazione** della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni *(decesso, revoca del riconoscimento di disabilità grave, ricovero a tempo pieno).*

SI ALLEGA: *(da presentare unicamente al momento della prima richiesta)*

- Fotocopia del documento di riconoscimento dell'assistito e Codice Fiscale .
- Verbale di accertamento disabilità (originale/ o copia conforme).
- Dichiarazione (scelta di assistenza) del soggetto disabile in grado di firmare
- Altre dichiarazioni.

Cava de' Tirreni,

firma