



## MODULO RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Il riconoscimento del diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e s.m.i per l'assistenza al proprio familiare disabile in situazione di gravità.

A tal fine, il dichiarante, è consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di Documentazione Amministrativa, inoltre, qualora dai controlli previsti dall'articolo 71 dello stesso D.P.R. 28/12/2000 n. 445, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista, ai sensi dell'articolo 75 del predetto D.P.R., la decadenza dai benefici conseguiti.

### DICHIARA CHE L'ASSISTITO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice

Fiscale \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_, residente in

\_\_\_\_\_, prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ (1)

avente con il sottoscritto il seguente rapporto di parentela:

- Genitore
- Figlio/a
- Coniuge
- Convivente
- Altro parente o affine entro il II grado (specificare) \_\_\_\_\_
- Altra condizione prevista dalle norme (specificare) \_\_\_\_\_

e che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità:

- non è coniugato;
- è vedovo/a;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
- è separato legalmente o divorziato;
- è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ha uno o entrambi i genitori deceduti,
- ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;



- o ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;

In caso di assistenza a figlio/a, il sottoscritto dichiara che l'altro genitore \_\_\_\_\_, nato \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ lavoratore presso \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

I\_\_I usufruisce del medesimo beneficio I\_\_I non usufruisce del medesimo beneficio

Il sottoscritto dichiara inoltre che:

- o Il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- o il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;
- o il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate; I\_\_I ovvero che il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare; I\_\_I ovvero che il disabile si trova in stato vegetativo persistente/o con prognosi infausta a breve termine;
- o il familiare disabile è parente o affine di terzo grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (specificare cognome e nome, grado di parentela/affinità e la specifica condizione di cui sopra:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- o nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave
- o **Un altro familiare in alternativa, beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave ma sempre nel limite di n.3 giorni totali (D.Lgs n 105 del 30 giugno 2022 e successivi chiarimenti INPS del 4 agosto 2022 numero 3066 e 5 agosto 2022 numero 3096)**
  - **A tal fine il sottoscritto si impegna a comunicare quanti giorni l'altro familiare ha usufruito del beneficio nello stesso mese**

Allega a tal fine la seguente documentazione:

- o copia del verbale definitivo/provisorio della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito);
- o dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) – nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.
- o nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
- o fotocopia documento di identità in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a, che presta assistenza nei confronti del disabile \_\_\_\_\_ dichiara di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza nei periodi dichiarati.



---

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita delle agevolazioni.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati dall'Istituto \_\_\_\_\_ e esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni.

**I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi.** I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni Pubbliche qualora vengano richiesti per il trattamento di procedimenti di propria competenza.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi, di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

Qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante, decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ( art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

FIRMA DEL DICHIARANTE

---