

ISTANZA CONCESSIONE BENEFICI LEGGE 104/92 PER ASSISTENZA FAMILIARE DISABILE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo Statale
MENDICINO

Il/la sottoscritt _____ nat_ a _____ il _____
C.F.: _____ e residente in _____ alla via
_____, in servizio presso _____
in qualità di _____

CHIEDE

In quanto:

- € Genitore della persona disabile minore di tre anni;
- € Genitore della persona disabile maggiore di tre anni;
- € Coniuge, parente o affine fino al secondo grado di una persona con disabilità;
- € Parente o affine fino al terzo grado di una persona con disabilità;

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, L. 104/92

ad ore a giorni

quale unico parente/affine/coniuge in grado di poter prestare assistenza in modo continuativo ed esclusivo al proprio familiare disabile Sig. _____ (specificare grado di parentela _____) nat_ a _____ il _____ C.F.: _____ e residente in _____ alla via _____ (se non convivente indicare l'indirizzo completo del portatore di handicap e la distanza chilometrica tra le due abitazioni Km. _____ e se superiore a 150 Km. dimostrare l'assistenza con titolo di viaggio o simili), portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi della Legge n.104/92 (art.3 c.3) come risulta dall'allegato certificato medico rilasciato dalla competente A.S.L. n. _____;

A tal fine **dichiara:**

o la sussistenza dei requisiti di legge per la concessione del beneficio;

o che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno presso alcun Istituto Specialistico;

o che gli altri parenti non possono prestare momentaneamente alcuna assistenza al proprio familiare disabile come risulta da dichiarazione allegata;

o Solo per dare assistenza a familiari di 3°: il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela/affinità di 3° grado:

- non è coniugato/a;
- è vedovo/a;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;

- ° è stato coniugato ma il coniuge è deceduto, separato legalmente o divorziato
- ° è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ° ha uno o entrambi i genitori deceduti;
- ° ha uno o entrambe i genitori con più di 65 anni di età;
- ° ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante;

Quanto sopra pena la sospensione dei benefici di cui trattasi.

Il/la sottoscritt_ , a conoscenza delle sanzioni penali per false o mendaci dichiarazioni, inoltre si impegna a comunicare **entro 30 giorni**, l'avvenuto cambiamento delle eventuali situazioni comunicate con la presente richiesta.

Luogo e data _____

Il Dichiarante _____

(firma per esteso e leggibile)

Il/la sottoscritt_ , ai sensi del D. Lgs. n.196/2003, dichiara di essere a conoscenza che i propri dati personali saranno raccolti dall'Istituto Comprensivo Statale di Mendicino e trattati per assolvere agli adempimenti di legge.

Luogo e data _____

Il Dichiarante _____

(firma per esteso e leggibile)

- Si allegano fotocopia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale (anche del familiare disabile)

***** (spazio riservato all'ufficio) *****

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art.33 e successive modificazioni.

Motivi eventuale diniego:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Assunta MORRONE

DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE
DELL'HANDICAPPATO

Il/La sottoscritt _____ nat. a _____
_____ prov. (_____) il _____

Il/La sottoscritt _____ nat. a _____
_____ prov. (_____) il _____

Il/La sottoscritt _____ nat. a _____
_____ prov. (_____) il _____

conviventi con il/la Sig. _____ (specificare la
relazione di parentela o affinità) _____ , familiare disabile, con il
quale abitano nel Comune di _____ (_____) via _____

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza
continuativa al familiare disabile per i seguenti
motivi: _____ e pertanto di non avvalersi dei
benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

_____, li, _____

Firme _____

DICHIARAZIONE DI EFFETTIVA CONVIVENZA ANAGRAFICA CON
L'HANDICAPPATO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/La sottoscritt _____ nat a _____
_____ prov. () il _____,
qualifica _____ avendo chiesto di beneficiare dell'art.
33 della legge 104/1992

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n. 15/1968, e DPR 445/2000 di essere effettivamente convivente
con _____ (specificare la
relazione di parentela o affinità) _____ unitamente al
quale abita nel Comune di _____ () via
_____ e che la descritta situazione risulta agli atti
dell'anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritt _____ adempiuto alle prescrizioni dell'art. 13 del
DPR n° 223/89.

_____ li _____

Firma
