

DOMANDA DI ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

SEDE INPS DI _____

PERIODO DAL AL

(fornire le notizie richieste e barrare le caselle che interessano)

- PER LAVORO SVOLTO COME ADDETTO AI LAVORI DOMESTICI E FAMILIARI SU INDENNITA' DI MOBILITA'
 SU PRESTAZIONI DI DISOCCUPAZIONE NON AGRICOLA SU PRESTAZIONI ANTITUBERCOLARI

A DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

COGNOME NOME
 COGNOME DEL MARITO CODICE FISCALE
 M/F DATA DI NASCITA COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA PROV. CITTADINANZA
 INDIRIZZO (Via, Fraz. Piazza, etc, N. civico) CAP COMUNE DI RESIDENZA (O STATO ESTERO DI RESIDENZA) PROV.
 CELIBE / NUBILE CONIUGATO/A VEDOVO/A SEPARATO/A LEGALMENTE DIVORZIATO/A ABBANDONATO/A

B MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

ASSEGNO CIRCOLARE
 ACCREDITO SUL C.C. BANCARIO/POSTALE (indicare le coordinate bancarie) CIN (1) CODICE ABI (2) CODICE CAB (3) CODICE CLIENTE (4)

(1) costituito da una sola lettera, es. A, B etc; (2) costituito da cinque numeri che identificano la Banca o la Posta; (3) costituito da cinque numeri che identificano l'agenzia presso cui il/la richiedente ha il conto corrente;
 (4) costituito da massimo dodici caratteri che identificano il numero di conto corrente del/della richiedente.

C MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

IL SOTTOSCRITTO DELEGA IL PATRONATO A RAPPRESENTARLO ED ASSISTERLO GRATUITAMENTE PER LO SVOLGIMENTO DELLA PRATICA RELATIVA ALL'OGGETTO DELLA PRESENTE DOMANDA. INOLTRE, AVENDO RICEVUTO, A NORMA DI QUANTO PREVISTO DALL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 196/2003, L'INFORMATIVA SUL "TRATTAMENTO" DEI PROPRI DATI PERSONALI, IVI COMPRESI I DATI SENSIBILI DI CUI ALL'ART. 4 DEL DECRETO MEDESIMO: 1) CONSENTE IL LORO "TRATTAMENTO" PER IL CONSEGUIMENTO DELLE FINALITA' DEL PRESENTE MANDATO E DEGLI SCOPI STATUTARI DEL PATRONATO 2) CONSENTE CHE GLI STESSI SIANO COMUNICATI ALL'INPS; 3) CONSENTE ALL'INPS IL "TRATTAMENTO" DEI DATI MEDESIMI PER GLI ADEMPIMENTI DEGLI OBBLIGHI PREVISTI DALLA NORMATIVA; 4) CONSENTE LA COMUNICAZIONE DEI DATI AD ALTRI ENTI COMPETENTI ALLA TRATTAZIONE DELLA PRATICA; 5) CONSENTE IL TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI NEI CASI DI PRESTAZIONI IN REGIME INTERNAZIONALE; 6) NON CONSENTE QUANTO INDICATO AI PUNTI

DATA: FIRMA: _____ TIMBRO DEL PATRONATO E FIRMA DELL'OPERATORE AUTORIZZATO A RICEVERE IL MANDATO

D ISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEI CD/CM (compilare nel caso in cui si verifichi tale circostanza)

E' ISCRITTO (O HA TITOLO AD ESSERE ISCRITTO) NEGLI ELENCHI DEI COLTIVATORI DIRETTI, MEZZADRI E COLONI DEL COMUNE DI DAL

E DATI RELATIVI ALLA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE

	COGNOME E NOME DEI COMPONENTI (COMPRESO IL RICHIEDENTE)	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	INABILE (1)	Residente all'estero (2)
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) - Barrare la casella se il componente è inabile (2) - Barrare la casella se il componente risiede all'estero.

F DATI RELATIVI AI REDDITI CONSEGUITI DAL RICHIEDENTE E DAI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE			
NELL'ANNO <input type="text"/> IL RICHIEDENTE E GLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE HANNO CONSEGUITO REDDITI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (in caso affermativo specificare i redditi)			
TITOLARI	REDDITI ASSOGGETTABILI ALL'IRPEF		REDDITI ESENTI DA IMPOSTA O SOGGETTI A RITENUTA ALLA FONTE A TITOLO DI IMPOSTA O IMPOSTA SOSTITUTIVA
	REDDITO DA LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI	ALTRI REDDITI	REDDITO DA LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI
Richiedente			
Coniuge			
Familiari			
Totale			

G ULTERIORI DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE (da compilare soltanto se il richiedente gli A.N.F. è addetto/a ai servizi domestici e familiari)			
EVENTUALE SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' (quale addetto ai servizi domestici e familiari) ALLE DIPENDENZE DEL PROPRIO CONIUGE OVVERO DI PARENTE O AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO, CONVIVENTE CON IL RICHIEDENTE		EVENTUALI PERIODI DI ASSENZA DAL LAVORO NON RETRIBUITI DA RICONOSCERE AI FINI DEL CALCOLO DELL'ASSEGNO AL NUCLEO FAMILIARE	
		MOTIVO DELL'ASSENZA	PERIODO
			DAL AL
DAL	AL	INFORTUNIO SUL LAVORO	
		GRAVIDANZA E PUERPERIO	
		MALATTIA	

H DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE	
<p>Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30.06.2003, n. 196, acconsento, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1) Al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) Al trattamento dei miei dati personali e sensibili all'estero; 3) Alla comunicazione dei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) Alla comunicazione dei miei dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.</p> <p>Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta non consento a quanto indicato ai punti 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Consapevole della responsabilità civile e penale per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiaro che le notizie fornite rispondo a verità. Le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni. In caso di dichiarazioni false, il cittadino può subire una condanna penale e decade dagli eventuali benefici ottenuti con la autocertificazione. Mi impegno, altresì, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.</p> <p>DATA <input type="text"/> FIRMA _____</p>	

I DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CONIUGE DEL RICHIEDENTE	
<p>IL SOTTOSCRITTO CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE, DICHIARA DI NON PERCEPIRE E DI NON AVER RICHIESTO ALCUN TRATTAMENTO DI FAMIGLIA COMUNQUE DENOMINATO, ITALIANO O ESTERO PER LE PERSONE INDICATE AL QUADRO "E".</p> <p>IN CASO DI RICHIESTA DEL TRATTAMENTO DI FAMIGLIA PER LE PREDETTE PERSONE PER IL PERIODO DI VALIDITA' DELLA PRESENTE DOMANDA, SI IMPEGNA A DARNE IMMEDIATA COMUNICAZIONE ALLA SEDE INPS CUI E' RIVOLTA LA PRESENTE DOMANDA.</p> <p>DATA <input type="text"/> FIRMA _____</p>	

L RICHIESTA DEL CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO ALL'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE.	
IL SOTTOSCRITTO	
Cognome _____	Nome _____ Sesso (M/F) _____
Data di nascita _____	Comune o stato estero di nascita _____ Prov. _____
Cittadinanza _____	Codice fiscale _____ Indirizzo _____ Num. civ. _____
Cap _____	Comune di residenza _____ Prov. _____ Telefono con prefisso _____
<p>IN QUALITA' DI CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO DICHIARA, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO DICHIARAZIONI FALSE, DI NON ESSERE TITOLARE DI UN AUTONOMO DIRITTO ALLA CORRESPONSIONE DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE, CHIEDE IL PAGAMENTO DELL'ASSEGNO AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 559, DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2004, N. 301</p>	
<input type="checkbox"/> Assegno circolare / Sportello postale	MODALITA' DI PAGAMENTO
<input type="checkbox"/> Accredito sul c/c bancario / postale	CIN _____ Cod. ABI/ PT _____ CODICE CAB _____ CODICE CLIENTE _____
Data _____	Firma _____

M EVENTUALI COMUNICAZIONI	

I nominativi del responsabile del procedimento e del responsabile del provvedimento potranno essere rilevati dagli avvisi al pubblico esposti nei locali degli uffici INPS, competenti per la successiva trattazione della pratica, presso i quali l'assicurato può rivolgersi per prendere visione e chiedere informazioni sulla domanda, anche telefonicamente.



DOMANDA DI ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

SEDE INPS DI

IL SIG.

HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA DOMANDA DI ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE/VARIAZIONE DELLA SITUAZIONE FAMILIARE, ALLEGANDO :

- DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
- DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE L'INABILITA'
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
- N RICEVUTE TRIMESTRALI BOLLETTINI DI C/C/P. ANNO
- ALTRO:

DATA

FIRMA DELL'IMPIEGATO ADDETTO

