



**COSTO DELLA PRATICA DI RICONOSCIMENTO EX LG 104 PER I NON ISCRITTI**

**CGIL € 15**

<http://www.cgillegnano.it/patronato-inca/>

## **DOMANDA D'INVALIDITA' CIVILE E SITUAZIONE DI GRAVITA' LG EX 104/92**

**Per la presentazione della domanda è necessario recarsi al**

**PATRONATO INCA CGIL MUNITI DEI SEGUENTI DOCUMENTI IN FOTOCOPIA**

- carta d'identità e tessera sanitaria personali e del coniuge/unito civilmente;
- certificato medico non scaduto trasmesso dal medico curante e attestato di trasmissione
- permesso di soggiorno per cittadini stranieri
- carta d'identità dei genitori in caso di richiedente minore
- in caso di aggravamento, precedente verbale d'invalidità
- tutela legale e carta d'identità del tutore per impossibilitati alla firma in modo permanente oppure procura generale alla firma rilasciata al familiare dal notaio.

INOLTRE

coloro che hanno compiuto 66 anni e 7 mesi devono portare anche la seguente documentazione:

- **codice IBAN e indirizzo della banca/ codice IBAN, indirizzo e frazionario posta**
- nome e indirizzo della struttura nel caso si è ricoverati all'atto della domanda e fattura di pagamento della retta mensile ( se il ricovero è a titolo oneroso)
- modulo allegato firmato

**In caso di impossibilità temporanea alla firma la domanda dovrà essere firmata davanti a pubblico ufficiale.**

***E' preferibile presentarsi alla visita medica ASL con documentazione sanitaria specialistica recente.***

***Chiedere consiglio al medico di base sugli esami da effettuare prima di inoltrare la domanda di invalidità civile:***

***Alcuni esempi:***

- Valutazione deficit di memoria: Test MMSE
- Valutazione neoplasie :Scala Karnofsky
- Valutazione anziano non autosufficiente per più patologie :Test Barthel Index/attività quotidiane-Test ADL-IADL/attività di vita quotidiana
- Valutazione problemi di deambulazione: Test TINETTI

**La domanda di riconoscimento situazione di gravità ai sensi della ex lg 104/92 per i non iscritti CGIL ha un costo di euro 15 ai sensi della lg articolo 9 comma 2, articolo 10 commi 1 e 3, articolo 18 comma 2 della Legge 12/5/2001 n.152**

**NB: SE NON IN POSSESSO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN FOTOCOPIA LA PRATICA NON VERRA' ACQUISITA E SARA' NECESSARIO TORNARE**



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 15/15

### Assunzione di responsabilità

Il sottoscritto si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto ha compilato i seguenti quadri:

A     B     B1     B2     D     E     F     F1     G     H

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Luogo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ valido fino al \_\_\_\_\_

**N.B. Il presente foglio deve essere stampato, firmato e allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.**

## Informativa sul trattamento dei dati personali

**(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali")**

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 3/15

### Quadro A

Compilare in caso di riconoscimento dell'indennità di frequenza, indennità di accompagnamento quale invalido civile e pensione non reversibile quale cieco assoluto.

#### ● Dichiarazione di responsabilità relativa allo stato di ricovero

- Dichiaro sotto la mia responsabilità che:
- In qualità di rappresentante/i legale/i dichiaro/dichiarano che il titolare della prestazione:
  - NON sono/è stato ricoverato       sono/è stato ricoverato nei periodi:

1) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

- a titolo gratuito     a totali spese proprie     a spese proprie con contributo di ente pubblico
- a titolo gratuito con contributo proprio al fine di ottenere un trattamento migliore rispetto a quello base

2) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

- a titolo gratuito     a totali spese proprie     a spese proprie con contributo di ente pubblico
- a titolo gratuito con contributo proprio al fine di ottenere un trattamento migliore rispetto a quello base

Da compilare in caso di riconoscimento di indennità di accompagnamento quale invalido civile e/o quale cieco assoluto

#### ● Dichiarazione di responsabilità relativa alla titolarità di analoga prestazione

- Dichiaro sotto la mia responsabilità che:
- In qualità di rappresentante/i legale/i dichiaro/dichiarano che il titolare della prestazione:
  - non sono/è titolare di altra prestazione d'indennità di accompagnamento per causa di guerra, di lavoro o di servizio
  - sono/è titolare di altra prestazione d'indennità di accompagnamento
    - per causa di guerra erogata da \_\_\_\_\_
    - per causa di lavoro o di servizio erogata da \_\_\_\_\_
    - e di **optare** per la prestazione erogata da \_\_\_\_\_

Compilare in caso di riconoscimento di indennità di accompagnamento quale cieco assoluto e cieco parziale.

#### ● Dichiarazione relativa alla fruizione del servizio di accompagnamento ex art 40, comma 4 L. 289/2002

- Dichiaro sotto la mia responsabilità che:
  - In qualità di rappresentante/i legale/i dichiaro/dichiarano che il titolare della prestazione:
    - NON ho/ ha fruito del servizio di accompagnamento legge 289/2002, art. 40, comma 4
    - ho/ha fruito del servizio di accompagnamento legge 289/2002, art. 40, comma 4
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Compilare in caso di riconoscimento di indennità di frequenza o in caso di riconoscimento di indennità quale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare dell'indennità di frequenza.

#### ● Dichiarazione di opzione per incompatibilità con altre indennità

- In qualità di rappresentante/i legale/i dichiaro/dichiarano che il minore:
- NON è titolare di altre prestazioni d'indennità erogate a titolo d'invalidità civile, cecità civile, sordità civile
  - è titolare della/delle prestazione/i d'indennità erogate a titolo di
    - indennità quale invalido civile     indennità quale sordo     indennità quale cieco civile
- e di voler optare per:  l'indennità/le indennità di cui è già titolare     l'indennità di frequenza