

Sede di

DOMANDA DI INDENNITA' PER DEGENZA OSPEDALIERA

(art. 51, comma 1, legge 488/1999)

(scrivere in stampatello, fornire le notizie e barrare le caselle che interessano)

A DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE			
COGNOME	NOME		
COGNOME DEL MARITO	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	M/F
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COMUNE DI RESIDENZA	PROV.
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione, ecc.)		CAP	N. TELEFONICO con prefisso

B DATI RELATIVI AL RICOVERO	
Periodo degenza: dal	al
Presso l'Ospedale :	denominazione e indirizzo completo Ospedale
Tipo struttura:	Pubblica Privata

C DATI RELATIVI ALL'ATTIVITA' LAVORATIVA AUTONOMA		
TIPO DI ATTIVITA'	COLLABORATORI COORDINATI E CONTINUATIVI	LIBERI PROFESSIONISTI ASSOCIATI IN PARTECIPAZIONE
- Data di iscrizione alla gestione separata	gg/mm/aaaa	
- Compensi o redditi lordi conseguiti nell'anno	(1) tot. Euro	
	nell'anno	(1) tot. Euro
(1) Indicare gli importi già conosciuti dei compensi (o redditi) dell'anno del ricovero e di quelli dell'anno precedente, sui quali è stato applicato il contributo. Vedi avvertenze sul retro.		

D DATI RELATIVI ALLA MODALITA' DI PAGAMENTO PRESCELTA DAL/DALLA RICHIEDENTE			
ASSEGNO CIRCOLARE O PRESSO SPORTELLO POSTALE	ACCREDITO SUL CONTO CORRENTE BANCARIO (indicare le coordinate bancarie nelle sottostanti caselle) (1)		
CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE
(1) I dati possono essere rilevati dall'estratto conto bancario.			

E DATI RELATIVI AL REDDITO CONSEGUITO DAL/DALLA RICHIEDENTE		
NELL'ANNO	(1) IL/LA RICHIEDENTE HA CONSEGUITO REDDITO DA LAVORO PARASUBORDINATO ?	
SI	NO	IMPORTO EURO (2)
(1) Indicare l'anno precedente il ricovero.		
(2) Indicare unicamente gli importi assoggettati a contributo "maggiorato" (es. 14% anni 2002-03; 17,80% anno 2004; 18% anno 2005, ecc.) anziché all'ordinario contributo del 10%.		

✂ Segue sul retro

RICEVUTA DOMANDA - Mod. MAL / GEST. SEP.	
INPS Sede di	Il/La signore/a
Ha presentato, in data odierna, domanda di indennita' per degenza ospedaliera, allegando i seguenti documenti:	
Certificato di ricovero	
Dichiarazioni del/dei committente/i (n° _____ dichiarazioni)	
Copia denunce (n° _____ denunce)	
Copia ricevute versamenti contributivi (n° _____ ricevute)	
Altra documentazione (da indicare) _____	
Data	Timbro e firma dell'impiegato addetto _____
N.B. I NOMINATIVI DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO E DEL RESPONSABILE DEL PROVVEDIMENTO POSSONO ESSERE RILEVATI DAGLI AVVISI AL PUBBLICO ESPOSTI NEI LOCALI DELLA SEDE.	

F EVENTUALE SCELTA DEL PATRONATO		
<p>Il/La sottoscritto/a delega il Patronato _____ presso il quale elegge domicilio ai sensi dell'art. 47 del Codice Civile, a rappresentarla/o ed assisterla/o gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 30 marzo 2001, n. 152, nei confronti dell'INPS per la trattazione della pratica relativa alla presente domanda.</p> <p>Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.</p>		
Data _____	Firma _____	
_____	_____	_____
Timbro del patronato e codice	firma dell'operatore dell'Ente di Patronato	numero pratica

G DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL/DELLA RICHIEDENTE		
<p>Io sottoscritto/a consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false o incomplete, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Dichiaro inoltre di non essere iscritto/a ad altra forma pensionistica e di non godere di trattamenti pensionistici. Mi impegno altresì ad esibire la documentazione necessaria per il pagamento dell'indennità, eventualmente non ancora presentata. Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsento:</p>		
1) SI NO	al trattamento di eventuali dati sensibili, necessari all'istruzione, alla liquidazione ed alla gestione della domanda che mi riguarda;	
2) SI NO	al trasferimento dei miei dati personali e sensibili all'estero, ove ciò sia necessario all'istruzione, alla liquidazione ed alla gestione della domanda che mi riguarda;	
3) SI NO	alla comunicazione dei miei dati personali sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e di archiviazione ed al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti, ove ciò sia necessario alla liquidazione ed alla gestione della domanda che mi riguarda;	
4) SI NO	alla comunicazione dei miei dati sensibili, per fini diversi da quelli connessi alla presente domanda, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.	
<p>Sono consapevole che il mancato consenso comporta:</p> <p>nel caso di cui al punto 1): l'impossibilità di istruire, liquidare o gestire la domanda che mi riguarda;</p> <p>nel caso di cui al punto 2): l'impossibilità di istruire, liquidare o gestire la domanda che mi riguarda se il trasferimento dei dati all'estero è necessario per la trattazione della presente domanda;</p> <p>nel caso in cui al punto 3): notevole ritardo nella liquidazione e nella gestione della mia domanda.</p>		
DATA _____	FIRMA LAVORATORE _____	

DOCUMENTI DA PRESENTARE
<p><u>TIPO DI DOCUMENTO</u></p> <ul style="list-style-type: none">- CERTIFICATO DI DEGENZA OSPEDALIERA;- IN CASO DI RICOVERO ALL'ESTERO, COPIA DELLA PREVENTIVA AUTORIZZAZIONE DEL S.S.N. O DEL RIMBORSO EFFETTUATO DA PARTE DEL S.S.N. STESSO;- COLLABORATORI COORDINATI E CONTINUATIVI: (facoltativo)- COPIA DELLA DENUNCIA (SE EFFETTUATA) RIFERITA ALL'ANNO IN CUI E' AVVENUTO IL RICOVERO ED A QUELLO PRECEDENTE OVVERO DICHIARAZIONE DEI COMMITTENTI (CONTENENTE, PER I SINGOLI ANNI, L'IMPORTO COMPLESSIVO DELLE SOMME CORRISPOSTE E DELLE RITENUTE FISCALI E PREVIDENZIALI OPERATE E LA PERCENTUALE CONTRIBUTIVA APPLICATA).- LIBERI PROFESSIONISTI E ASSOCIATI IN PARTECIPAZIONE: (facoltativo)- COPIA DELLE RICEVUTE DEI PROPRI VERSAMENTI CONTRIBUTIVI.

AVVERTENZE
<p>A partire dall'anno 2000 i lavoratori iscritti alla gestione separata dei lavoratori autonomi di cui alla legge 355/95 (liberi professionisti, collaboratori coordinati e continuativi e, a decorrere dal 2004, associati in partecipazione) hanno diritto all'indennità di malattia in caso di degenza ospedaliera, purché non siano iscritti ad altre forme di assicurazione obbligatoria o non siano pensionati: gli interessati sono perciò quelli tenuti (legge 449/97) alla corresponsione del contributo in misura superiore all'aliquota ordinaria del 10% (ad es., per il 2004 la misura prevista è il 17,80%). Il diritto è subordinato (D.M. 12.1.2001) al possesso di almeno 3 mesi di valida contribuzione nei 12 mesi che precedono l'inizio della degenza ospedaliera ed al conseguimento, nell'anno solare che precede quello in cui è iniziato il ricovero, di un reddito individuale da lavoro parasubordinato non superiore al 70% del massimale contributivo di cui all'art. 2, comma 18, della legge 8 agosto 1995, n. 335, valido per lo stesso anno.</p> <p>La contribuzione predetta è accreditabile, per ogni anno, a partire dal mese di gennaio (salvo iscrizioni alla gestione intervenute successivamente), indipendentemente dalla data di percezione degli emolumenti assoggettabili a contributi.</p> <p>L'accREDITAMENTO dei contributi sarà verificato direttamente dall'INPS; tuttavia per accelerare la liquidazione dell'indennità è utile per i collaboratori coordinati e continuativi esibire copia delle denunce riguardanti l'anno del ricovero e l'anno solare precedente ovvero la dichiarazione del o dei committenti (con firma, timbro e relativo codice fiscale) attestante, per i singoli anni, l'importo complessivo delle somme corrisposte e delle ritenute fiscali e previdenziali operate e la percentuale contributiva applicata; per i liberi professionisti e per gli associati in partecipazione esibire copia delle ricevute dei propri versamenti contributivi.</p> <p>L'esibizione della documentazione suddetta è comunque idonea ad interrompere il termine di prescrizione (un anno, a decorrere dal giorno successivo alla dimissione), prescrizione che se non interrotta estingue il diritto all'indennità.</p> <p>La prescrizione può essere interrotta anche con atti scritti (richiesta di pagamento, solleciti, ecc.) inoltrati all'INPS dal lavoratore o dall'ente di patronato eventualmente prescelto o dal proprio rappresentante, entro il suddetto termine prescrizione di un anno o entro un anno da un precedente, idoneo, atto interruttivo.</p> <p>La domanda di indennità malattia per degenza ospedaliera va redatta sul mod. MAL./GEST. SEP. e presentata -entro 180 giorni dalla data di dimissione- alla sede INPS nella cui circoscrizione risiede il/la richiedente, completa di tutta la documentazione prevista a seconda del caso che ricorre.</p>