

MODENA

LIQUIDAZIONE INVALIDITA' CIVILE

(è arrivato il verbale, cosa devo portare per chiedere il pagamento?)

Il ventaglio dei possibili riconoscimenti ottenuti a seguito della visita medica presso la commissione delle invalidità civili è molto ampio e di difficile semplificazione.

Abbiamo scelto la semplificazione che potesse rendere meno laborioso il reperimento dei documenti necessari per la richiesta del pagamento delle prestazioni eventualmente riconosciute.

L'elenco che segue potrebbe dunque non essere esaustivo. Ce ne scusiamo in anticipo.

ETA' ANAGRAFICA TRA 18 E 65 ANNI AL MOMENTO DELLA DOMANDA

- se sposati: data matrimonio e dati anagrafici del coniuge
- se vedovi : data di vedovanza
- se separati/divorziati: data separazione/divorzio
- dichiarazione di responsabilità firmata dall'interessato
- Date eventuali ricoveri occorsi, dalla data di presentazione della domanda (occorre esatta indicazione della data di ricovero e della data di dimissione, struttura ospitante ed eventuale indicazione del reparto. Dovremo indicare se il ricovero è a titolo gratuito ovvero oneroso)
- Dichiarazione dei redditi propria e del coniuge, partendo dalla dichiarazione relativa all'anno di imposta della domanda
- Fotocopia IBAN del conto corrente intestato all'interessato/a
- Se titolari di altre tipologie di indennità di accompagnamento, portare documenti (solo se riconosciuto anche accompagnamento)
- Portare ultima dichiarazione dei redditi dei componenti la famiglia per valutare diritto agli assegni familiari*

MINORENNI

- documento d'identità in corso di validità di entrambi i genitori
- Date eventuali ricoveri occorsi al minore, dalla data di presentazione della domanda (occorre esatta indicazione della data di ricovero e della data di dimissione, struttura ospitante ed eventuale indicazione della data di ricovero e della data di dimissione, struttura ospitante ed eventuale indicazione del reparto. Dovremo indicare se il ricovero è a titolo gratuito ovvero oneroso)
- Fotocopia del libretto postale/bancario nominativo intestato al minore
- Eventuali redditi del minore, dall'anno di imposta di presentazione della domanda
- Nome della scuola/asilo frequentato e indirizzo - e numero meccanografico della scuola/asilo
- Il quadro E del mod AP70 (ultima versione disponibile sul sito INPS) compilato dal genitore che non si presenterà ai nostri sportelli. Il quadro E dovrà essere autenticato dall'INPS prima di recarsi presso i nostri sportelli.

precisazioni importanti:

- *Per questa pratica è possibile richiedere un appuntamento: la trasmissione della richiesta di pagamento deve avvenire entro 30 giorni dalla notifica del verbale*
- Orari di apertura delle sedi sono disponibili sul sito www.aclimodena.it nella sezione dedicata al Patronato

CON UNA PICCOLA DONAZIONE PUOI SOSTENERE IL NOSTRO LAVORO E GARANTIRE LA NOSTRA PRESENZA AL TUO FIANCO. ANCHE IN FUTURO.

www.patronato.acli.it
www.aclimodena.it/patronato



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.



● Modulo da utilizzare in caso di impedimento alla firma da parte del titolare la prestazione

L'autenticazione della firma può essere effettuata dai soggetti previsti dall'articolo 21, comma 2 del DPR 445/2000 (funzionario Inps, notaio, cancelliere, segretario comunale o funzionario incaricato dal sindaco), utilizzando il presente modulo. Qualora si compili un modulo differente è necessario che contenga le medesime informazioni.

Io sottoscritto _____ Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione del titolare della prestazione

Sig/Sig.ra Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____

N _____ Rilasciato da _____ data (gg/mm/aaaa) _____

Impossibilitato a firmare

poiché impedito per cause di natura fisica poiché incapace di scrivere

Impossibilitato a firmare per impedimento temporaneo alla dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute
(D.P.R. 445/2000 art. 4 comma 2)

compilata e sottoscritta dal

Sig/Sig.ra Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____ grado di parentela _____

(indicare la parentela: esempio coniuge, figlio/a o altro parente entro il terzo grado)

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____

N _____ Rilasciato da _____ data (gg/mm/aaaa) _____

Firma del parente dichiarante _____

data _____ Firma del funzionario _____

N.B. Il presente quadro, se compilato, deve essere stampato, firmato e allegato nella trasmissione telematica dei dati.

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale



Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 10/15

Quadro E (consenso riscossione altro genitore)

Compilare a cura dei genitori del minore richiedente la prestazione nel caso di consenso alla riscossione da parte di un genitore nei confronti dell'altro.

Autorizzazione alla riscossione di un genitore nei confronti dell'altro

(Compilare nel caso di autorizzazione alla riscossione da parte del genitore dichiarante nei confronti dell'altro. L'autorizzazione produrrà i suoi effetti nel solo caso di riscossione in contanti. L'autorizzazione non è ammessa qualora la pensione sia riscossa su conto corrente bancario o su conto corrente/libretto postale)

Il / La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

CF/P.IVA _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail/P.E.C. _____

consente che le provvidenze economiche del minore:

Nome _____ Cognome _____

CF _____ n. domus _____

vengano corrisposte all'altro genitore:

Nome _____ Cognome _____

CF/P.IVA _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail/P.E.C. _____

Data _____ Firma di entrambi i genitori _____

Autenticazione della sottoscrizione

(L'autenticazione della firma può essere effettuata da un funzionario Inps, dal notaio, dal cancelliere, dal segretario comunale o da un funzionario incaricato dal sindaco (art. 21, comma 2, D.P.R. n. 445/2000))

Io sottoscritto _____ Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione sottoscritta dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ data scadenza (gg/mm/aaaa) _____

e dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ data scadenza (gg/mm/aaaa) _____

Luogo _____ e data _____

Firma del funzionario _____

N.B. Il presente quadro, se compilato, deve essere stampato, firmato, autenticato le firme e allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.