

## DOMANDA DI ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

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 _____  |
| Data di nascita _____   | Sesso ( M/F ) _____                  | Cognome del coniuge _____   |
| Comune o stato estero di nascita _____                                  |                                      | Prov. _____ Cittadinanza _____  |
| Indirizzo _____<br><small>( Via, Fraz. Piazza, etc. N. civico )</small> |                                      | Cap _____ Comune (o stato estero di residenza) _____ Prov. _____  |
| <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile                                  | <input type="checkbox"/> Coniugato/a | <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Separato/a legalmente <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Abbandonato/a |

| B   |  | MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE   |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ASSEGNO CIRCOLARE  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ACCREDITO SUL C.C.BANCARIO/POSTALE   |  | CIN (1) _____ Codice ABI (2) _____ Codice CAB (3) _____ Codice CLIENTE (4) _____ |
| <small>(indicare le coordinate bancarie)</small>  |  |  |
| <small>(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.</small> |  |  |

| C   |             | MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA  |
|---|-------------|---|
| IL SOTTOSCRITTO DELEGA IL PATRONATO _____ LA 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 198/2003, 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<br>(COMPRESO IL RICHIEDENTE) | CODICE FISCALE   | DATA DI NASCITA | COMUNE DI NASCITA | RAPPORTO DI PARENTELA | INABILE (1) | Residente all'estero (2) |
| 1 |  |  |                 |                   |                       |             |                          |
| 2 |  |  |                 |                   |                       |             |                          |
| 3 |  |  |                 |                   |                       |             |                          |
| 4 |  |  |                 |                   |                       |             |                          |
| 5 |  |  |                 |                   |                       |             |                          |
| 6 |  |  |                 |                   |                       |             |                          |
| 7 |  |  |                 |                   |                       |             |                          |
| 8 |  |  |                 |                   |                       |             |                          |

| F DATI RELATIVI AI REDDITI CONSEGUITI DAL RICHIEDENTE E DAI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE   |   |               |  |               |
|--|---|---------------|--|---------------|
| NELL'ANNO _____ IL RICHIEDENTE E GLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE HANNO CONSEGUITO REDDITI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (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 |               |
|  | REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI | ALTRI REDDITI | REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI  | ALTRI REDDITI |
| Richiedente  |   |               |  |               |
| Coniuge  |   |               |  |               |
| Familiari  |   |               |  |               |
| <b>Totale</b>  |   |               |  |               |

| G ULTERIORI DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE<br>(da compilare soltanto se il richiedente gli A.N.F. e' 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 sensibili all'estero; 3) Alla comunicazione dei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e di 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 cio' sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.</p> <p><b>Consapevole del fatto che il mancato consenso puo' comportare l'impossibilita' di definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta, non consento</b> a quanto indicato ai punti 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p><b>Consapevole della responsabilita' civile e penale</b> per dichiarazioni mendaci e falsita' in atti, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, <b>dichiaro</b> che le notizie fornite rispondono a verita'. Le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicita' delle dichiarazioni. In caso di dichiarazioni false, il cittadino puo' subire una condanna penale e decade da eventuali benefici ottenuti con la autocertificazione. <b>Mi impegno altresì</b>, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.</p> |             |
| DATA _____   | FIRMA _____ |

| 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". 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> |             |
| DATA _____  | FIRMA _____ |

| 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. 311</p> |   |
| MODALITA' DI PAGAMENTO  |   |
| <input type="checkbox"/> Assegno circolare / Sportello postale  | CIN _____ Cod. ABI/PT _____ CODICE CAB _____ CODICE CLIENTE _____ |
| <input type="checkbox"/> Accredito sul c/c bancario / postale   | _____   |
| 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 puo' rivolgersi per prendere visione e chiedere informazioni sulla domanda, anche telefonicamente.

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO

**DOMANDA DI ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE** - CONTRASSEGNARE LA CASELLA CORRISPONDENTE E INDICARE IL PERIODO PER IL QUALE VIENE RICHIESTO L'ASSEGNO CHE, NORMALMENTE, DECORRE DAL 1° LUGLIO DI CIASCUN ANNO E TERMINA IL 30 GIUGNO DELL'ANNO SUCCESSIVO. IL DIRITTO ALL'ASSEGNO PUO' ANCHE SORGERE DOPO IL 1° LUGLIO OVVERO TERMINARE PRIMA DEL 30 GIUGNO;

**TIPO DI ATTIVITA' LAVORATIVA O DI PRESTAZIONE PREVIDENZIALE SU CUI VIENE FATTA LA RICHIESTA DI ANF.** - CONTRASSEGNARE LA CASELLA CORRISPONDENTE A SECONDA DEL CASO CHE RICORRE

**NOTA BENE:** LA DOMANDA DI ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE VA REDATTA SUL MOD. ANF/PREST. E PRESENTATA ALLA SEDE INPS COMPETENTE PER RESIDENZA DEL RICHIEDENTE COMPLETA DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE PREVISTA A SECONDA DEL CASO CHE RICORRE.

**IN CASO DI RICHIESTA ANCHE PER PERIODI ARRETRATI DEVE ESSERE UTILIZZATO UN MODELLO ANF/PREST. PER CIASCUN ANNO** PER GLI ADDETTI AI SERVIZI DOMESTICI E FAMILIARI SI CONSIGLIA DI ALLEGARE LE RICEVUTE DEI BOLLETTINI DI C.C.P. RELATIVI ALL'ULTIMO ANNO DI CONTRIBUZIONE.

**IN CASO DI VARIAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE NEL PERIODO DI RICHIESTA DELL' ANF** DARNE COMUNICAZIONE ALL' INPS ENTRO TRENTA GIORNI CON IL mod. ANF.VAR. PRECISANDO LA DATA DI DECORRENZA DI DETTA VARIAZIONE E L'EVENTUALE MODIFICA REDDITUALE DA ESSA DERIVANTE. OVE NECESSARIO ALLEGARE LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE.

**QUADRO A** FORNIRE LE NOTIZIE RICHIESTE

**QUADRO B** BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA MODALITA' DI PAGAMENTO PRESCELTA. IN CASO DI ACCREDITO SUL C.C. BANCARIO INDICARE LE COORDINATE BANCARIE RILEVABILI DAL LIBRETTO DI ASSEGNI, DALL'ESTRATTO CONTO OVVERO DA RICHIEDERE ALL'AGENZIA DELLA BANCA STESSA.

**QUADRO E**

**FANNO PARTE DEL NUCLEO FAMILIARE:**

IL RICHIEDENTE L'ASSEGNO; IL CONIUGE DEL RICHIEDENTE NON LEGALMENTE ED EFFETTIVAMENTE SEPARATO O DIVORZIATO; I FIGLI ED EQUIPARATI MINORI DI ETA' NON CONIUGATI (LEGITTIMI, LEGITTIMATI, ADOTTIVI, AFFILIATI, NATURALI, LEGALMENTE RICONOSCIUTI O GIUDIZIALMENTE DICHIARATI, NATI DA PRECEDENTE MATRIMONIO DELL'ALTRO CONIUGE, AFFIDATI A NORMA DI LEGGE); I NIPOTI MINORI VIVENTI A CARICO DEL NONNO/DELLA NONNA; I FIGLI ED EQUIPARATI MAGGIORENNI INABILI NON CONIUGATI; I FRATELLI, SORELLE E NIPOTI DEL RICHIEDENTE (ORFANI DI ENTRAMBI NON AVENTI DIRITTO ALLA PENSIONE AISUPERSTITI) MINORI DI ETA' O MAGGIORENNI INABILI, NON CONIUGATI.

IL RICHIEDENTE - SE CITTADINO DI STATO ESTERO - DEVE AVERE LA RESIDENZA IN ITALIA E COSI' I FAMILIARI CHE COMPONGONO IL SUO NUCLEO. NEL CASO IN CUI I PREDETTI FAMILIARI NON SIANO RESIDENTI IN ITALIA, GLI STESSI FANNO PARTE DEL NUCLEO SOLTANTO SE LO STATO ESTERO, DI CUI IL RICHIEDENTE E' CITTADINO, RISERVA UN TRATTAMENTO DI RECIPROCITA' NEI CONFRONTI DEI CITTADINI ITALIANI OVVERO SIA STATA STIPULATA CONVENZIONE INTERNAZIONALE IN MATERIA DI TRATTAMENTI DI FAMIGLIA E SEMPRECHE' GLI STESSI NON ABBIANO DIRITTO A TRATTAMENTI DI FAMIGLIA DA PARTE DEL PREDETTO STATO ESTERO.

**NON FANNO PARTE DEL NUCLEO FAMILIARE:**

IL CONIUGE LEGALMENTE ED EFFETTIVAMENTE SEPARATO O DIVORZIATO; I FIGLI AFFIDATI ALL'ALTRO CONIUGE O EX CONIUGE; I FIGLI NATURALI DEL RICHIEDENTE CONIUGATO, NON SEPARATO LEGALMENTE, NON INSERITI NELLA FAMIGLIA LEGITTIMA, I FIGLI NATURALI COMPRESI NEL NUCLEO FAMILIARE DELL'ALTRO GENITORE NON CONVIVENTE CON IL RICHIEDENTE

IL CONIUGE E I FAMILIARI DI CITTADINO STRANIERO CHE NON HANNO LA RESIDENZA IN ITALIA SE LO STATO ESTERO, DI CUI IL RICHIEDENTE E' CITTADINO NON RISERVA UN TRATTAMENTO DI RECIPROCITA' NEI CONFRONTI DEI CITTADINI ITALIANI O NON E' STATA STIPULATA CONVENZIONE INTERNAZIONALE IN MATERIA DI TRATTAMENTI DI FAMIGLIA.

IL CONIUGE E I FAMILIARI DI CITTADINO ITALIANO O STRANIERO CHE NON HANNO LA RESIDENZA IN ITALIA E CHE HANNO DIRITTO AL TRATTAMENTO DI FAMIGLIA DA PARTE DELLO STESSO STATO ESTERO CON IL QUALE SIA STATA STIPULATA CONVENZIONE INTERNAZIONALE O CHE RISERVA UN TRATTAMENTO DI RECIPROCITA' NEI CONFRONTI DEI CITTADINI ITALIANI IN MATERIA DI TRATTAMENTI DI FAMIGLIA ( AD ECCEZIONE DI, LIECHTENSTEIN E STATI DELLA EX IUGOSLAVA);

**QUADRO F**

**NB**

PER TUTTE LE RICHIESTE DI PRESTAZIONI PRESENTATE A PARTIRE DALL'ANNO 2002 IN POI, GLI IMPORTI DA DICHIARARE, ANCHE SE RELATIVI A REDDITI CONSEGUITI IN ANNI PRECEDENTI ALL'ANNO 2002, DEBONO ESSERE ESPRESI IN EURO ( 1 EURO = LIRE 1936,27) I REDDITI VANNO DICHIARATI AL LORDO DELLE DEDUZIONI E DETRAZIONI DI IMPOSTA, DEGLI ONERI DEDUCIBILI E DELLE RITENUTE ERARIALI.

INDICARE IL REDDITO CONSEGUITO NELL'ANNO IMMEDIATAMENTE PRECEDENTE L'ANNO SPECIFICATO NELLA DOMANDA DI ANF SE LA DECORRENZA DELL'ASSEGNO E' COMPRESA TRA LUGLIO E DICEMBRE (CIOE' NEL 2° SEMESTRE); SE INVECE LA DECORRENZA DELL'ASSEGNO E' COMPRESA TRA GENNAIO E GIUGNO (CIOE' NEL 1° SEMESTRE) OCCORRE SPECIFICARE I REDDITI CONSEGUITI DUE ANNI PRIMA.

**REDDITI ASSOGGETTABILI ALL'IRPEF:**

- **REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI:** VANNO INDICATI TUTTI I REDDITI DERIVANTI DA LAVORO, DA PENSIONE, DA PRESTAZIONI TEMPORANEE (DS-MOBILITA', CIG, MALATTIA etc), PERCEPITI IN ITALIA O ALL'ESTERO, COMPRESI GLI ARRETRATI.

- **ALTRI REDDITI:** VANNO INDICATI I REDDITI DI QUALSIASI NATURA DERIVANTI AD ESEMPIO DA LAVORO AUTONOMO, DA FABBRICATI, DA TERRENI AL LORDO DELL'EVENTUALE DEDUZIONE DELL'ABITAZIONE PRINCIPALE

**REDDITI ESENTI DA IMPOSTA O SOGGETTI A RITENUTA ALLA FONTE A TITOLO DI IMPOSTA O IMPOSTA SOSTITUTIVA** (DA INDICARE SE SUPERIORI COMPLESSIVAMENTE A 1.032,91 EURO)

- **REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI:** VANNO INDICATI TUTTI I REDDITI DA PENSIONE, ASSEGNI ED INDENNITA' A CIECHI, SORDOMUTI ED INVALIDI CIVILI, PENSIONI SOCIALI ASSEGNI ACCESSORI ALLE PENSIONI PRIVILEGIATE DI 1° CATEGORIA, ETC.;

- **ALTRI REDDITI:** VANNO INDICATI I REDDITI SOGGETTI A RITENUTA ALLA FONTE A TITOLO DI IMPOSTA O IMPOSTA SOSTITUTIVA, QUALI INTERESSI BANCARI E POSTALI, PREMI DEL LOTTO E DEI CONCORSI PRONOSTICI, RENDITE DA BOT, ETC.

**REDDITI DA NON DICHIARARE:** TRATTAMENTI DI FAMIGLIA COMUNQUE DENOMINATI DOVUTI PER LEGGE; ARRETRATI DI PRESTAZIONI DI INTEGRAZIONE SALARIALE RIFERITI AD ANNI PRECEDENTI QUELLO DI EROGAZIONE; INDENNITA' DI TRASFERTA PER LA PARTE NON ASSOGGETTABILE AD IMPOSIZIONE FISCALE; TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO (TFR); ANTICIPAZIONE SU TFR; PENSIONI DI GUERRA; RENDITE VITALIZIE INAIL; PENSIONI TABELLARI AI MILITARI DI LEVA VITTIME DI INFORTUNIO; INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO AGLI INVALIDI CIVILI, AI CIECHI CIVILI ASSOLUTI, AI MINORI INVALIDI NON DEAMBULANTI, AI PENSIONATI D'INABILITA'; INDENNITA' DI FREQUENZA AI MINORI MUTILATI ED INVALIDI CIVILI; INDENNITA' DI COMUNICAZIONE PER SORDI-PRELINGUALI; INDENNITA' PER CIECHI PARZIALI; INDENNIZZO PER DANNI IRREVERSIBILI DA VACCINAZIONI OBBLIGATORIE, DA TRASFUSIONI E SOMMINISTRAZIONE DI EMOderivati.

|                 |   |   |
|-----------------|---|---|
| <b>QUADRO G</b> | AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEI PERIODI DI ASSENZA DAL LAVORO NON RETRIBUITI - VALEVOLI SOLTANTO AI FINI DEL CALCOLO DELL'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE - E' NECESSARIA LA SUSSISTENZA DI UN RAPPORTO DI LAVORO DI ALMENO UNA SETTIMANA ENTRO I 30 GIORNI PRECEDENTI L'EVENTO CHE DA DIRITTO ALLA PROSECUZIONE DELLA CORRESPONSIONE DELL'ANF. A TAL FINE OCCORRE ALLEGARE - PER ASSENZA NON INDENNIZZATA DOVUTA A MALATTIA - DOCUMENTAZIONE DELLA ASL ATTESTANTE IL PERIODO DI MALATTIA COMPORTANTE L'INCAPACITA' AL LAVORO. IN CASO DI ASSENZA PER GRAVIDANZA E PUERPERIO E PER INFORTUNIO SUL LAVORO NON E' NECESSARIO PRODURRE DOCUMENTAZIONE.<br><b>N.B.: IL PERIODO MASSIMO DI ASSENZA CHE PUO' ESSERE RICONOSCIUTO VALIDO E' IL SEGUENTE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FINO AD UN MASSIMO DI 3 MESI (IN CASO DI INFORTUNIO SUL LAVORO INDENNIZZATO);</li> <li>- DA 2 MESI PRIMA DELLA PRESUNTA DATA DEL PARTO A 3 MESI DOPO IL PARTO (IN CASO DI GRAVIDANZA E PUERPERIO INDENNIZZATA);</li> <li>- FINO AD UN MASSIMO DI 3 MESI (IN CASO DI MALATTIA NON INDENNIZZATA)</li> </ul> |   |
| <b>QUADRO L</b> | IL QUADRO VA UTILIZZATO NELL'EVENTUALITA' CHE IL CONIUGE DELL'AVENTE DIRITTO, CHE NON ABBA UN AUTONOMO TITOLO ALL'ASSEGNO, SI AVVALGA DELLA FACOLTA' - PREVISTA DALL'ART. 1, COMMA 559, DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2004, n. 311 COME ATTUATO DAL D.M. 4.4.2005- DI PERCEPIRE DIRETTAMENTE LA PRESTAZIONE.  |   |
| <b>QUADRO M</b> | IL QUADRO VA UTILIZZATO PER QUALSIASI COMUNICAZIONE UTILE PER L'ISTRUTTORIA DELLA PRATICA .<br>IN PARTICOLARE, A SECONDA DEL CASO CHE RICORRE,VA UTILIZZATO PER COMUNICARE: <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'EVENTUALE PERIODO DI ATTIVITA' LAVORATIVA SVOLTA COME ATTIVITA' PRINCIPALE CHE DIA DIRITTO AD UN TRATTAMENTO DI FAMIGLIA (ad es. iscrizione/o titolo all'iscrizione negli elenchi dei lavoratori agricoli etc.)</li> <li>- GLI EVENTUALI PERIODI DI ALTRA ATTIVITA' DI LAVORO DIPENDENTE O AUTONOMO SVOLTO CON DIRITTO AD ANALOGO TRATTAMENTO DI FAMIGLIA (soltanto per gli addetti ai servizi domestici e familiari)</li> <li>- GLI EVENTUALI REDDITI CONSEGUITI ALL'ESTERO PRESSO ENTI INTERNAZIONALI NON SOGGETTI ALLE NORME TRIBUTARIE NAZIONALI (specificare lo Stato, l'Ente erogatore e l'importo sia del reddito sia del trattamento di famiglia, comunque denominato, percepito o da percepire)</li> </ul>  |   |
|                 | <b>SITUAZIONE</b>   | <b>TIPO DI DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI A.N.F.</b>  |
|                 | Separazione legale, divorzio del richiedente; adozione, affiliazione, affidamento da parte del richiedente etc.   | Dichiarazione di responsabilita' ovvero le relative sentenze.   |
|                 | Abbandono da parte del coniuge del richiedente  | Documentazione dell'autorità giudiziaria o di altra pubblica autorità.  |
|                 | Cittadinanza extracomunitaria del richiedente per stati, fatti e qualità personali non avvenuti in Italia   | Certificazione dell'autorità straniera tradotta e autenticata dal Consolato Italiano  |
|                 | Fratelli, sorelle e/o nipoti collaterali  | Dichiarazione di responsabilita' del/la richiedente attestante la condizione di orfani di tali familiari, che non hanno diritto alla pensione ai superstiti specificando le generalità dei genitori e il tipo di attività a suo tempo svolta. |
|                 | Nipoti a carico del richiedente nonno/a   | Dichiarazione di responsabilità attestante che il/la richiedente provvede abitualmente al loro mantenimento   |
|                 | Inabilità di uno o più componenti il nucleo familiare, maggiorenni  | (*) Verbale rilasciato dalle competenti Commissioni Sanitarie attestante l'inabilità al 100%  |
|                 | Inabilità di uno o più componenti il nucleo familiare, minorenni  | (*) Certificazione sanitaria attestante il diritto all'indennità di accompagnamento   |
|                 | (*) In mancanza di tale documentazione, mod.S.S 3 (se residente in Italia), mod.404 (se residente in uno Stato membro UE) ovvero certificazione vistata dal Consolato Italiano se di altro Stato Estero.  |   |
|                 | <b>NOTA BENE: La dichiarazione di responsabilità del richiedente deve essere rilasciata davanti ad un pubblico ufficiale ovvero, se spedita, accompagnata dalla fotocopia di un valido documento di riconoscimento.</b>   |   |



**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

---

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ANAGRAFICHE**  
(ART. 2 Legge 15/68, art. 3 Legge 127/1997)

Io sottoscritto/a ..... , nato/a ..... il .....  
residente a ..... consapevole delle responsabilità penali in caso di  
false dichiarazioni e della decadenza dai benefici eventualmente ottenuti sulla base di tali false dichiarazioni,

**DICHIARO**

- Di essere nat ... il ..... a .....
- Che' ..... è decedut..... in data .....
- Di essere residente nel Comune di .....
- Via ..... n. ....
- Di essere cittadin.... di nazionalità .....
- Di godere dei diritti politici .....
- Di dare atto della mia esistenza in vita .....
- Di essere di stato civile ..... (celibe, nubile, coniugato/a, vedovo/a, divorziato/a)
- Che mi .... figli.... di nome ..... è nat..... il .....
- a .....

Che il nucleo familiare è così composto:

| Cognome e Nome | Data nascita | Luogo nascita | Parentela |
|----------------|--------------|---------------|-----------|
|                |              |               |           |
|                |              |               |           |
|                |              |               |           |
|                |              |               |           |
|                |              |               |           |
|                |              |               |           |
|                |              |               |           |
|                |              |               |           |
|                |              |               |           |

Data, ..... **IL DICHIARANTE** .....

N.B. Barrare solo le caselle relative alle voci da autocertificare

La presente dichiarazione è esente da autentica della firma ai sensi dell'art. 3 della Legge 127/97 ed esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 14, tab. B, D.P.R. 642/72.

---

1 Indicare cognome, nome e rapporto di parentela con il dichiarante