



LAVORATORI AUTONOMI ISCRITTI ALLA GESTIONE SEPARATA (legge n. 335/1995)  
DOMANDA DI INDENNITA' PER DEGENZA OSPEDALIERA  
(art. 51, comma 1, legge 488/1999)

ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Sede di \_\_\_\_\_

(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.)			Prov.	CAP N. TELEFONICO

B DATI RELATIVI AL RICOVERO	
Periodo degenza: dal _____ al _____	
Presso l'Ospedale : _____	denominazione e indirizzo completo Ospedale
Tipo struttura: <input type="checkbox"/> Pubblica <input type="checkbox"/> Privata	

C DATI RELATIVI ALL'ATTIVITA' LAVORATIVA AUTONOMA	
TIPO DI ATTIVITA'	
<input type="checkbox"/> COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA	<input type="checkbox"/> ATTIVITA' PROFESSIONALE
- Data di iscrizione alla gestione separata	
- 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			
<input type="checkbox"/> ASSEGNO CIRCOLARE	<input type="checkbox"/> ACCREDITO SUL CONTO CORRENTE BANCARIO	<input type="checkbox"/> ACCREDITO SUL CONTO CORRENTE POSTALE	
(indicare le coordinate bancarie / postali nelle sottostanti caselle) (2)			
CIN	CODICE BANCA / POSTA	CAB	CODICE CLIENTE
(2) I dati possono essere rilevati dall'estratto conto bancario postale			

E DATI RELATIVI AL REDDITO CONSEGUITO DAL/DALLA RICHIEDENTE			
NELL'ANNO _____	(1) IL 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 del 12 % (anno 1999), del 13% (anno 2000 e 2001) o del 14% (anno 2002 e 2003), ecc. anziché all'ordinario contributo del 10%			

RICEVUTA DOMANDA - Mod. MAL / GEST. SEP.	
INPS Sede di _____	
Il signore _____	
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

Io sottoscritto/a delego il Patronato a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente per lo svolgimento della pratica relativa all'oggetto della presente domanda inoltre, avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 10 della legge 675/96, l'informativa sul "trattamento" dei propri dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 22 della legge medesima, acconsento:

- 1) **si** **no** al loro "trattamento" per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi statuari del patronato;
- 2) **si** **no** alla loro comunicazione all'inps;
- 3) **si** **no** al loro "trattamento" da parte dell'inps per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla normativa;
- 4) **si** **no** alla loro comunicazione ad altri enti competenti alla trattazione della pratica;
- 5) **si** **no** al loro trasferimento all'estero nei casi di prestazione in regime internazionale.

G

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL/DELLA RICHIEDENTE

Preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsento, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei miei dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei miei 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.

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

Consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiaro di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa posso subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione. Mi impegno, altresì, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

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.

DATA

FIRMA LAVORATORE \_\_\_\_\_

DOCUMENTI DA PRESENTARE

TIPO DI DOCUMENTO

- 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:** (facoltativo)
- COPIA DELLE RICEVUTE DEI PROPRI VERSAMENTI CONTRIBUTIVI.

AVVERTENZE

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) 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 2000 e 2001 la misura prevista è il 13%). 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.

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.

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** esibire copia delle ricevute dei propri versamenti contributivi.

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.

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 prescizionale di un anno o entro un anno da un precedente, idoneo, atto interruttivo.

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.