Residenza governativa
6501 Bellinzona
telefono 091 814 34 34 e-mail decs-sa@ti.ch
fax 091 814 44 78 url www.ti.ch/sa

Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport
Sezione amministrativa

Notifica congedo per assistenza a un figlio con gravi problemi di salute dovuti a malattia o infortunio

art. 46 cpv. 1 lett. i^{bis}, art. 46 cpv. 6 LORD e art. 31 RDSt

Il congedo di assistenza a un figlio con gravi problemi di salute dovuti a malattia e infortunio è previsto per un massimo di 14 settimane (il congedo viene rapportato al grado di occupazione). Il congedo è conferito ai/alle collaboratori/trici che hanno diritto a un'indennità di assistenza secondo gli art. 16i-16m LIPG e deve essere esercitato entro 18 mesi (calcolati dal giorno per il quale è versata la prima indennità giornaliera)* in una volta sola o a giorni. Se entrambi i genitori esercitano un'attività lucrativa, ognuno di loro ha diritto a un congedo di assistenza massimo di sette settimane (possono concordare una ripartizione diversa dal congedo), che possono esercitare anche contemporaneamente. La Sezione amministrativa dovrà essere messa al corrente delle modalità di fruizione del congedo, ovvero della suddivisione dello stesso tra i genitori e dei giorni di congedo previsti. La stessa andrà inoltre informata in caso di modifica di queste modalità.

Il legislatore ha così voluto permettere al/la dipendente di assistere nelle situazioni di cui sopra, durante il tempo di lavoro, i propri figli.

La definizione di gravi problemi di salute è sancita nell'art. 16o della Legge sulle indennità di perdita di guadagno del 25 settembre 1952 il quale precisa i caratteri distintivi rispetto alle malattie ed agli infortuni di poco conto. Rientrano in questa tipologia tutte quelle malattie che impongono delle terapie salvavita (ad esempio la chemioterapia). Questo congedo non è cumulabile e non deve essere confuso con il congedo concesso per malattia grave (10 giorni) intesa come patologia che mette il paziente in un pericolo imminente di vita, un ricovero in un reparto di cure intensive oppure un'operazione ad alto rischio.

Al/la dipendente è richiesto di esibire il presente formulario completato in ogni sua parte, quale prova a sostegno della sua richiesta. Ciò permetterà di valutare la concessione del congedo pagato.

Procedura per il docente:

- Comunicare immediatamente la situazione e la possibile assenza al/la proprio/a Direttore/trice o Funzionario/a dirigente.
- La richiesta può essere inoltrata retroattivamente.
- È necessario indicare con precisione i giorni/settimane di assenza.
- Allegare la richiesta di indennità di assistenza IPG munita di certificazione del medico (vedi punto 9).
  Attenzione! Non compilare punto 8.

Dati di servizio

CID .....

Cognome, Nome .....

Funzione .....

Divisione .....

Unità amministrativa/Scuola .....

Indicazione sulla ripartizione del congedo di assistenza 14 settimane

☐ figlio/a minorenne

Il congedo dovrà essere preso in una sola volta o in singoli giorni.

In totale 14 settimane corrispondono a 70 giorni lavorativi o 98 indennità giornaliere.

Giorni richiesti dal richiedente: ☐ in singoli giorni ☐ in una sola volta 1° giorno di assenza il _____

* (informazione obbligatoria)

Data ..... Firma richiedente .....

Richiesta d'indennità di assistenza

1. Dati personali del/della richiedente

1.1 Cognome

indicare anche quello da celibe/nubile

1.2 Tutti i nomi

nome usuale in maiuscolo

1.3 Data di nascita

gg, mm, aaaa

1.4 Numero AVS

756

13 cifre, trascrizione senza punti né spazi.
Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

1.5 Indirizzo

Via, Numero

NPA, Località

Telefono / Cellulare

E-mail

1.6 L'assicurato/a è soggetto/a a curatela?

☐ sì ☐ no

Se sì, indicare nome e indirizzo del curatore

Indirizzo completo con via, NPA, località

Sede dell'autorità di protezione degli adulti

Indirizzo completo con via, NPA, località

Allegato: Copia della risoluzione di curatela e una descrizione degli obblighi e dei compiti

2. Dati personali del/la figlio/a

2.1 Cognome

2.2 Tutti i nomi

nome usuale in maiuscolo

2.3 Data di nascita

gg, mm, aaaa

2.4 Numero AVS

756

13 cifre, trascrizione senza punti né spazi.
Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

Statuto

☐ figlio proprio ☐ figlio del coniuge ☐ affiliato

Allegato per i genitori affilianti: autorizzazione del rapporto di affiliazione

Allegati per le matrigne e i patrigni:

- documenti dai quali risulti che il genitore affiliante vive nella stessa economia domestica del genitore biologico (p. es. certificato di domicilio, contratto di locazione ecc.),
- che il genitore biologico che vive nella stessa economia domestica della matrigna o del patrigno detiene l'autorità parentale (esclusiva o congiunta) e la custodia del figlio,
- e che un genitore ha rinunciato completamente al suo diritto al congedo di assistenza.

2.5 Indirizzo

Via, Numero

NPA, Località

3. Dati personali del secondo avente diritto

3.1 Cognome

indicare anche quello da celibe/nubile

3.2 Tutti i nomi

nome usuale in maiuscolo

3.3 Data di nascita

gg, mm, aaaa

3.4 Numero AVS

756

13 cifre, trascrizione senza punti né spazi.
Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

3.5 Indirizzo

Via, Numero

NPA, Località

Telefono / Cellulare

E-mail

4. Indicazioni sulla ripartizione del congedo di assistenza

Come prevede di ripartire il congedo di assistenza (al massimo 70 giorni lavorativi o 98 indennità giornaliere) con l'altro genitore avente diritto?

Richiedente

Secondo avente diritto

La ripartizione può essere adeguata in un secondo tempo. Se non si giunge a un accordo, a ogni genitore vengono assegnate 49 indennità giornaliere.

5. Indicazioni sull'attività lavorativa prima dell'interruzione

Indicare **tutti** datori di lavoro. Gli eventuali fogli complementari (modulo 318.745) vanno inoltrati insieme alla presente richiesta d'indennità di assistenza a **un'unica cassa di compensazione**. L'indennità di assistenza non può essere richiesta più volte.

5.1 Al momento esercita un'attività lucrativa

☐ salariata/o

Nome e indirizzo di **tutti** i datori di lavoro:

Far compilare la **punto 6** di questo modulo

Allegato: Modulo 318.745

Allegato: Modulo 318.745

☐ Da indipendente?
Inoltri la richiesta alla cassa di compensazione con la quale vengono conteggiati i contributi AVS per indipendente.

Allegato: Copia della decisione relativa ai contributi della cassa di compensazione

5.2 Non può lavorare, interamente o parzialmente, a causa di una malattia o di un infortunio?

☐ sì ☐ no ☐ infortunio ☐ malattia

Percepisce o ha percepito un'indennità giornaliera in caso di malattia o d'infortunio?
☐ sì ☐ no

☐ secondo la LAMal (legge federale)?
☐ secondo la LCA (legge sul contratto d'assicurazione/indennità giornaliera del datore di lavoro)?

Allegato: Copia del conteggio dall'inizio dell'incapacità al lavoro

5.3 Era/È disoccupato/a?
☐ sì ☐ no

dal
gg, mm, aaaa

al
gg, mm, aaaa

Percepisce o ha percepito un'indennità di disoccupazione?
☐ sì ☐ no

Allegato: Copia dei conteggi delle indennità di disoccupazione

Ha fruito di un congedo di assistenza durante la riscossione di un'indennità giornaliera di disoccupazione?
☐ sì ☐ no

6. Dati sul salario

Si prega di indicare l'ultimo salario soggetto all'AVS versato alla dipendente.

Si tratta di un reddito regolare?
☐ sì
☐ no

Domande **a)** - **e)** e **g)** - **l)**
Tabella **f)** e domande **g)** - **l)**

Domande a) - e)

a) Ultimo salario mensile soggetto all'AVS — CHF — ☐ x12 ☐ x13

b) Salario orario (parte del salario senza la 13ª mensilità e le indennità per i giorni di vacanza e per quelli festivi) — CHF — Ore di lavoro / settimana

c) Altre modalità diremunerazione: salario delle ultime 4 settimane soggetto all'AVS — CHF

d) Salario in natura (vitto ealloggio) o salario complessivo (per i familiari che collaborano nell'azienda) — ☐ Ora ☐ Mese ☐ 4 settimane ☐ Anno — CHF

e) Altre retribuzioni (gratificazioni, — ☐ Ora ☐ Mese ☐ 4 settimane ☐ Anno

provvigioni, mance, parte del salario orario per la 13ª mensilità ecc.)	CHF

Tabella f)

f) In caso di variazioni salariali

Salario soggetto all'AVS dei 12 mesi precedenti l'interruzione dell'attività lucrativa (senza le indennità giornaliere dell'AINF o dell'AMal)		Assenze a causa di malattia o di infortunio con conseguente riduzione del salario (si prega d'indicare: M = malattia / I = infortunio)		
Anno	Anno			
Gennaio		dal	al	
Febbraio		dal	al	
Marzo		dal	al	
Aprile		dal	al	
Maggio		dal	al	
Giugno		dal	al	
Luglio		dal	al	
Agosto		dal	al	
Settembre		dal	al	
Ottobre		dal	al	
Novembre		dal	al	
Dicembre		dal	al	

Allegato: Copia del registro dei salari

Domande g) - l)

g) Durata del rapporto di lavoro — dal (gg, mm, aaaa) — al (gg, mm, aaaa)

h) Si tratta di un guadagno intermedio durante la riscossione di un'indennità giornaliera di disoccupazione? ☐ sì ☐ no

i) Per i giorni di congedo presi il datore di lavoro ha continuato a versare il salario? ☐ sì ☐ no — %

j) Il/La salariato/a è soggetto/a all' imposta alla fonte? ☐ sì ☐ no

k) Al/Alla salariato/a è stata versata un' indennità giornaliera dell'assicurazione malattie o dell'assicurazione contro gli infortuni?

☐ sì ☐ no

☐ secondo la LAMal (legge federale)?
☐ secondo la LCA (legge sul contratto d' assicurazione)?

Nome dell'assicuratore:

l) Dati del datore di lavoro

Nome

Numero di conteggio

Persona di contatto

Telefono

E-mail

In quale Cantone è impiegato/a il/la salariato/a?

7. Indicazioni sui giorni di congedo presi

Data del primo giorno di congedo

Mese per il quale è presentata la richiesta

1a settimana del mese per il quale è presentata la richiesta

Giorni di congedo presi

Giorni

Grado d'occupazione in %

%

Numero di giorni lavorativi alla settimana in caso di attività a tempo pieno

Giorni

Numero di giorni lavorativi normali alla settimana in caso di attività a tempo parziale

Giorni

☐ Settimana lavorativa intera

dal

gg, mm, aaaa

al

gg, mm, aaaa

☐ Giorni singoli

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

2a settimana del mese per il quale è presentata la richiesta

Giorni di congedo presi

Giorni

Grado d'occupazione in %

%

Numero di giorni lavorativi alla settimana in caso di attività a tempo pieno

Giorni

Numero di giorni lavorativi normali alla settimana in caso di attività a tempo parziale

Giorni

☐ Settimana lavorativa intera

dal

gg, mm, aaaa

al

gg, mm, aaaa

☐ Giorni singoli

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

3a settimana del mese per il quale è presentata la richiesta

Giorni di congedo presi

Giorni

Grado d'occupazione in %

%

Numero di giorni lavorativi alla settimana in caso di attività a tempo pieno

Giorni

Numero di giorni lavorativi normali alla settimana in caso di attività a tempo parziale

Giorni

☐ Settimana lavorativa intera

dal

gg, mm, aaaa

al

gg, mm, aaaa

☐ Giorni singoli

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

4a settimana del mese per il quale è presentata la richiesta

Giorni di congedo presi

Giorni

Grado d'occupazione in %

%

Numero di giorni lavorativi alla settimana in caso di attività a tempo pieno

Giorni

Numero di giorni lavorativi normali alla settimana in caso di attività a tempo parziale

Giorni

☐ Settimana lavorativa intera

dal

gg, mm, aaaa

al

gg, mm, aaaa

☐ Giorni singoli

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

5a settimana del mese per il quale è presentata la richiesta

Giorni di congedo presi

Giorni

Grado d'occupazione in %

%

Numero di giorni lavorativi alla settimana in caso di attività a tempo pieno

Giorni

Numero di giorni lavorativi normali alla settimana in caso di attività a tempo parziale

Giorni

☐ Settimana lavorativa intera

dal

gg, mm, aaaa

al

gg, mm, aaaa

☐ Giorni singoli

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

8. Modalità di versamento

L'indennità di assistenza va versata:

- ☐ al datore di lavoro (tramite versamento o accredito sul prossimo conteggio dei contributi))
- ☐ direttamente al/alla richiedente sul seguente conto bancario o postale

Titolare del conto

Nome e indirizzo della banca / posta

Indirizzo completo con via, NPA, località

IBAN

CH

Le richieste di versamento dell'indennità di assistenza a un terzo o a un'autorità, debitamente motivate, devono essere inoltrate compilando il modulo 318.182 che può essere richiesto alla cassa di compensazione o scaricato dal sito internet: www.ahv-iv.info

Osservazioni

Informazioni importanti e firma

Firmando questo modulo, la persona assicurata o il suo rappresentante legale autorizza la cassa di compensazione a prendere contatto con dei terzi col fine di ottenere le informazioni necessarie per il trattamento della sua richiesta.

Le persone sottoscriventi dichiarano d'aver preso conoscenza delle disposizioni summenzionate e confermano la veridicità dei dati forniti.

Luogo e data	Firma del/della richiedente o del/della suo/a rappresentante

Luogo e data	Firma e timbro del datore di lavoro

Per favore non aggraffare i vostri documenti.

Allegati:

- ☐ Copia dei documenti d'identità con i dati personali di tutte le persone citate nella richiesta (p. es. libretto di famiglia, permesso di domicilio o di dimora, certificato di domicilio, ricevuta di deposito dell'atto d'origine, passaporto, carta d'identità, carta di soggiorno)
- ☐ Copia dei conteggi AD
- ☐ Richiesta di versamento dell'indennità di maternità a terzi (modulo 318.182)
- ☐ Copia dei conteggi delle indennità giornaliere in caso d'infortunio o di malattia dall'inizio dell'incapacità al lavoro
- ☐ Allegato per i genitori affilianti: autorizzazione del rapporto di affiliazione
- ☐ Allegati per le matrigne e i patrigni:
  documenti dai quali risulti che il genitore affiliante vive nella stessa economia domestica del genitore biologico (p. es. certificato di domicilio, contratto di locazione ecc.),
  che il genitore biologico che vive nella stessa economia domestica della matrigna o del patrigno detiene l'autorità parentale (esclusiva o congiunta) e la custodia del figlio,
  e che un genitore ha rinunciato completamente al suo diritto al congedo di assistenza.
- ☐ Foglio complementare alla richiesta d'indennità di assistenza

9. Certificato medico secondo l’articolo 16o LIPG

Una disabilità o un’infermità congenita non costituisce di per sé un grave problema di salute ai sensi della legge. Non sussiste pertanto alcun diritto all’indennità di assistenza, se lo stato di salute del figlio disabile è stabile. I genitori di un figlio disabile vi hanno quindi diritto soltanto se il suo stato di salute peggiora notevolmente, ossia i criteri menzionate di seguito sono adempiute.

Lievi malattie o postumi di infortuni o problemi di grado medio possono richiedere ricoveri ospedalieri o visite mediche regolari e rendere difficile la vita quotidiana. Tuttavia, in questi casi (p. es. fratture ossee, diabete, polmonite) ci si può attendere un esito favorevole oppure che il problema di salute sia tenuto sotto controllo, motivo per cui non vi è alcun diritto al congedo di assistenza.

Medico curante

Cognome

Nome

Indirizzo

Telefono / Cellulare

E-mail

Cognome e nome del/della bambino/a

Confermo che il bambino ha un grave problema di salute ai sensi dell'art. 16o, lettere da a a d, LAPG e che tutti i seguenti criteri sono cumulativamente soddisfatti.

- ☐ si è verificato un cambiamento radicale dello stato di salute fisica o psichica
- ☐ il decorso o l’esito di questo cambiamento è difficilmente prevedibile oppure va considerata l’eventualità di un danno permanente o crescente oppure del decesso
- ☐ sussiste un bisogno particolarmente elevato di assistenza da parte dei genitori
- ☐ almeno un genitore deve interrompere l’attività lucrativa per assistere il figlio

I criteri devono essere soddisfatti cumulativamente.

Luogo e data

Firma e timbro del medico