UILPA Penitenziari
www.polpenuil.it

GDAP-0263128-2010
PU-GDAP-1e00-18/06/2010-0263128-2010

Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL' AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO
Ufficio per le Relazioni Sindacali

Prot.n.

Alle Organizzazioni Sindacali:

S.A.P.Pe. - Via Trionfale, 79/A
00136 – R O M A

O.S.A.P.P. – Via della Pisana, 228
00163 – R O M A

C.I.S.L.-F.N.S./P.P.- c/o Via dei Mille, n. 36
00161 – R O M A

U.I.L. – P.A./P. P. - Via Emilio Lepido, n.46
00157 - R O M A

Si.N.A.P.Pe. – Largo Luigi Daga, 2
00164 – R O M A

C.G.I.L.-F.P. - Via Leopoldo Serra, n. 31
00153 - R O M A

U.G.L. Polizia Penitenziaria
Via G. Mompiani, 7
00192 R O M A

F.S.A C.N.P.P. - Via degli Arcelli C.P. 18208
00192 ROMA

C.G.I.L.-F.P. - Via Leopoldo Serra, n. 31
00153 - R O M A

C.I.S.L.-F.P.S. Via Lancisi, n. 25
00185 – R O M A

U.I.L. - P. A. - Via Emilio Lepido, n.46
00157 - R O M A

C.O.N.F.S.A.L.-U.N.S.A.
Via della Trinità dei Pellegrini, n. 21 – 00186 - ROMA

R.D.B. P.I. - Via dell'Aeroporto, n.129
00175 R O M A

F.L.P. Via Arenula, n.70
00100 R O M A

e p.c. All'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria
SEDE

OGGETTO: Criteri di elargizione dei sussidi al personale dell'Amministrazione Penitenziaria di cui all'art. 3 comma 3 del D.P.C.M. 21/2/2008.

Per opportuna informativa, si trasmette nota n° 257687 del 16.6.2010 dell'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria relativa all'oggetto.

Il Direttore dell'Ufficio

ROMA 2004 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A.

UILPA Penitenziari
www.polpenuil.it

MOD. 40/255

Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

GDAP-0257687-2010
PU-GDAP-1n00-16/06/2010-0257687-2010

Ai Sigg. Direttori delle Direzioni Generali del Dipartimento

Al Sig. Direttore dell'Istituto Superiore di Studi Penitenziari

Ai Sigg. Direttori degli Uffici di Staff del Capo del Dipartimento

Ai Sigg. Provveditori Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria

Al Sig. Direttore del Centro Amministrativo "Giuseppe Altavista"

Ai Sigg. Direttori degli Istituti Penitenziari

Ai Sigg. Direttori degli Uffici Esecuzione Penale Esterna

Ai Sigg. Direttori delle Scuole di formazione e aggiornamento del Corpo di Polizia e del Personale dell'Amministrazione Penitenziaria

Ai Sigg. Direttori dei Magazzini Vestiario

Ai Signori Gestori degli Spacci

Al Signor Capo del Dipartimento per la Giustizia Minorile

L O R O S E D I

Oggetto: Criteri di elargizione dei sussidi al personale dell'Amministrazione Penitenziaria di cui all'art. 3 comma 3 del D.P.C.M. 21/2/2008.

Si rappresenta che il Consiglio d'Amministrazione dell'Ente, ha approvato il bilancio preventivo per l'anno 2010 stanziando, per l'erogazione dei sussidi, la somma di € 1.100.000,00 e ha confermato le modalità di ripartizione del budget in relazione al numero delle richieste pervenute nel corso dell'anno e secondo la tipologia dell'evento o stato.

UILPA Penitenziari
www.polpenuil.it

Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

ESAME E VALUTAZIONE

Le istanze di sussidio saranno esaminate e valutate dalla Commissione istituita dal Consiglio di Amministrazione dell' Ente.

NORME GENERALI

- Può presentare richiesta il dipendente il cui ISEE non superi € 21.000,00;
- La richiesta deve essere correlata allo stato o all'evento e alla comprovata gravità;
- La spesa deve essere riferita all'anno di presentazione della richiesta o agli ultimi cinque mesi dell'anno precedente;
- Sono escluse le richieste riguardanti:
  - le spese sanitarie rimborsabili dal S.S.N. o altri enti, comprese le assicurazioni private;
  - i ticket per acquisto di farmaci, biglietti autobus, carte telefoniche, scontrini vari;
  - gli interventi chirurgici di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattie gravi o ustioni;
- Eventuali richieste di riesame delle istanze non accolte potranno essere inoltrate a questo Ente entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della comunicazione di rigetto.

TIPOLOGIE DI INTERVENTO

1. STATI DI INVALIDITÀ E DI HANDICAP

1.a) – al dipendente i cui figli minori sono riconosciuti disabili in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 o con invalidità civile riconosciuta pari al 100%, sarà erogato un sussidio determinato in relazione al budget ed alla fascia ISEE di appartenenza di cui alla tabella n.1;

UILPA Penitenziari
www.polpenuil.it

Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

1.b) – al dipendente, il cui coniuge **a carico** e/o figli maggiorenni **a carico**, riconosciuti invalidi civili con percentuale minima dell'80%, sarà erogato un sussidio determinato in relazione al budget ed alla fascia ISEE di appartenenza di cui alla tabella n.1;

1.c) – al dipendente, i cui figli minori sono riconosciuti disabili ai sensi dell'art. 3 comma 1 della legge 104/92 o invalidi civili, potrà essere erogato un sussidio determinato in base al grado di invalidità, purché compreso tra il 50% ed il 99%, al budget ed alla fascia ISEE di appartenenza di cui alla tabella n.1.

Qualora la percentuale di invalidità non sia specificatamente indicata nella certificazione, la Commissione valuterà sulla base delle informazioni riportate nel modello sanitario che dovrà essere compilato in tutte le sue sezioni, pena esclusione dal beneficio.

1.d) - al dipendente, riconosciuto invalido civile o disabile ai sensi della legge 104/92, potrà essere erogato un contributo alla spesa solo se sostenuta a causa dell'invalidità stessa, determinato in percentuale al budget individuato per tale tipologia di evento e secondo la tabella n.1.

2. RICOVERI, INTERVENTI CHIRURGICI, TERAPIE PER GRAVI PATOLOGIE, RIABILITAZIONE PROTESICA.

2.a) - al dipendente che ha sostenuto spese in relazione a ricoveri, interventi chirurgici e/o terapie per patologie di particolare gravità, anche per il coniuge **a carico** o figlio **a carico**, in strutture pubbliche o private, potrà essere erogato un contributo, determinato in percentuale al budget individuato per tale tipologia di evento e secondo la Tabella n.1.

- spese sostenute dal dipendente per se stesso:
  1. decurtazione del 5% dell'indicatore ISEE;
- spese sostenute per il coniuge o per i figli del dipendente:
  2. decurtazione del 5% dell'indicatore ISEE sulla I^ fascia;
  3. decurtazione del 10% dell'indicatore ISEE sulle restanti fasce.

UILPA Penitenziari
www.polpenuil.it

Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

Il contributo per le spese sostenute presso le strutture private è ammesso soltanto in caso di mancata tempestività del S.S.N. a fornire le stesse prestazioni.

2.b) - al dipendente che ha sostenuto **per sé** spese per riabilitazione protesica delle arcate dentarie (protesi fisse o mobili) potrà essere erogato un contributo, **alla conclusione della prestazione,** determinato in percentuale al budget individuato per tale tipologia di evento e secondo la tabella n. 1.

Saranno prese in considerazione le prestazioni concluse e fatturate dal 1° agosto 2009 al 31 luglio 2010.

3. ACQUISTO DI ATTREZZATURE PARTICOLARI

3.a) - al dipendente che ha acquistato attrezzature particolari per portatori di handicap (carrozzelle, apparecchi acustici ecc.) per sé, per il coniuge **a carico** o i figli **a carico**, potrà essere erogato un contributo alla spesa sostenuta determinato in percentuale al budget individuato per tale tipologia e secondo la tabella n.1.

Se il dipendente già fruisce di uno dei sussidi di cui al punto 1.a), 1.b) e 1.c) il contributo sarà erogato in rapporto alla differenza tra il sussidio percepito e la spesa sostenuta.

Il contributo per lo stesso l'ausilio/attrezzatura potrà essere concesso non prima che siano trascorsi 2 anni dal precedente.

4. GRAVI EVENTI STRAORDINARI

4.a) – per le spese impreviste sostenute a causa di eventi straordinari che abbiano prodotto al dipendente una situazione di grave disagio economico, debitamente documentate, potrà essere erogato un sussidio, in percentuale al budget individuato, prescindendo dal limite dei 21.000,00 euro di ISEE.

UILPA Penitenziari
www.polpenuil.it

Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

TABELLA n. 1 – FASCE ISEE

INDICATORE ISEE	IMPORTO
fino a € 9.500,00	MASSIMO
da € 9.501,00 a € 11.000,00	RIDOTTO del 20%
da € 11.001,00 a € 13.000,00	RIDOTTO del 30%
da € 13.001,00 a € 15.000,00	RIDOTTO del 40%
da € 15.001,00 a € 17.000,00	RIDOTTO del 50%
da € 17.001,00 a € 19.000,00	RIDOTTO del 60%
da € 19.001,00 a € 21.000,00	RIDOTTO del 70%

TEMPI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE

Le istanze dovranno essere inviate inderogabilmente **entro e non oltre il 31 agosto 2010** al fine di consentire la relativa liquidazione entro la fine dell'anno in corso.

Non saranno pertanto prese in considerazione le richieste inviate dopo tale data.

Le richieste di sussidio, redatte obbligatoriamente sull'apposito modulo, pena l'esclusione, con la relativa documentazione allegata, dovranno essere inoltrate tramite la Direzione, anche in busta chiusa.

I dati a

utocertificati saranno sottoposti a controllo secondo la normativa vigente.

A) Le richieste di cui ai punti **1.a)** dovranno essere corredate di:

- copia autenticata del certificato di invalidità civile riconosciuta pari al 100% o del verbale di riconoscimento di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della **L.** 104/92;
- copia dell'attestazione ISEE valida all'atto della domanda.

UILPA Penitenziari
www.polpenuil.it

Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

B) Le richieste di cui ai punti **1.b)** dovranno essere corredate di:

- copia autenticata del certificato di invalidità civile ove si evinca la percentuale compresa dall'80% al 100%;
- copia dell'attestazione ISEE valida all'atto della domanda.

C) Le richieste di cui al punto **1.c)** dovranno essere corredate di:

- copia autenticata del certificato di invalidità civile o del verbale di riconoscimento di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 1 della L. 104/92;
- modello sanitario **anno 2010**, unito alla presente circolare, che dovrà essere compilato, **in tutte le sue sezioni pena esclusione dal beneficio**, dal medico specialista e/o di famiglia.;
- copia dell'attestazione ISEE valida all'atto della domanda.

D) Le richieste di cui al punto **1.d)** dovranno essere corredate di:

- copia autenticata del certificato di invalidità civile o del riconoscimento di handicap ai sensi della L. 104/92;
- documentazione in originale delle spese sostenute riferite all'anno di presentazione della richiesta o agli ultimi cinque mesi dell'anno precedente;
- modello – riepilogo delle spese sostenute debitamente compilato;
- documentazione idonea che dimostri la correlazione tra le spese sostenute e la patologia per la quale è stato riconosciuto lo stato di handicap;
- copia dell'attestazione ISEE valida all'atto della domanda.

E) Le richieste di cui al punto **2.a)** dovranno essere corredate di:

- documentazione in originale di tutte le spese sostenute, riferite all'anno di presentazione della richiesta o agli ultimi cinque mesi dell'anno precedente;
- modello – riepilogo delle spese sostenute debitamente compilato;
- copia dell'attestazione ISEE valida all'atto della domanda;
- attestato comprovante l'indisponibilità del S.S.N. a fornire le stesse prestazioni;
- copia della cartella clinica;

UILPA Penitenziari
www.polpenuil.it

Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

F) Le richieste di cui al punto **2.b)** dovranno essere corredate di:

- documentazione l'originale della spesa totale sostenuta riferita a prestazioni concluse e fatturate dal 1° agosto 2009 al 31 luglio 2010.
- modello – riepilogo delle spese sostenute debitamente compilato;
- copia dell'attestazione ISEE valida all'atto della domanda;
- relazione del medico dentista riportante la diagnosi, il piano di trattamento, la descrizione del manufatto, la prestazione erogata, e dichiarazione che le fatture emesse sono relative alla prestazione per la quale il dipendente chiede il sussidio;
- copia della dichiarazione di conformità ai sensi del decreto legislativo n.46 del 24 febbraio 1997 in attuazione alla direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici;

G) Le richieste di cui al punto **3.a)** dovranno essere inviate corredate di:

- copia autenticata del certificato di invalidità o del riconoscimento di handicap ai sensi della legge 104/92;
- documentazione in originale delle spese sostenute riferite all'anno di presentazione della richiesta o agli ultimi cinque mesi dell'anno precedente;
- copia dell'attestazione ISEE valida all'atto della domanda;
- dichiarazione dell'eventuale rimborso percepito da parte di altri enti, o che la spesa non è stata e non sarà rimborsabile da altri organismi;

H) Le richieste di cui al punto **4.a)** dovranno essere inviate corredate di:

- documentazione comprovante le spese sostenute in relazione all'evento per cui si chiede il sussidio ;
- attestazione dell'eventuale rimborso percepito da parte di altri enti, o attestazione che la spesa non è stata e non sarà rimborsabile da altri organismi;
- copia dell'attestazione ISEE valida all'atto della domanda.

UILPA Penitenziari
www.polpenuil.it

Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

La presente circolare, i relativi moduli e gli esempi dei procedimenti di liquidazione saranno a disposizione sul sito internet **www.enteassistenza.it** ed intranet http://10.0.255.219 di questo Ente.

Si raccomanda la massima diffusione.

IL PRESIDENTE DELL'ENTE

UILPA Penitenziari
www.polpenuil.it

MODULO DI RICHIESTA SUSSIDIO

(deve essere compilato in stampatello in ogni sua parte)

DIPENDENTE

COGNOME

NOME | COD. FISC.

DATA DI NASCITA | LUOGO DI NASCITA

QUALIFICA | MATR.

SEDE DI DERVIZIO

Dichiara sotto la propria responsabilità

ai sensi dell'art. 46 (AUTOCERTIFICAZIONE) e degli artt. 75 e 76 (DICHIARAZIONI MENDACI) D.Lgs. 445/2000

- di essere: celibe / nubile ☐ coniugato/a ☐ separato/a ☐ convivente ☐ vedovo/a ☐
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome e Nome	Data di nascita	Attività	Grado di parentela

- *che il familiare per il quale si chiede il sussidio: è a carico del dipendente ☐ non è a carico del dipendente ☐
- che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) in corso di validità è pari a € _____
- che i componenti dello stesso nucleo familiare, dipendenti dell'Amministrazione penitenziaria, non hanno presentato e non intendono presentare analoga richiesta per lo stesso evento
- di aver preso visione della lettera circolare concernente i criteri di elargizione dei sussidi – anno 2010 -

CHIEDE UN SUSSIDIO

1- Invalidi/portatori di handicap: figlio minore ☐ figlio maggiorenne ☐ coniuge ☐

2- Interventi chirurgici /Ricovero/Terapie: dipendente ☐ figlio minore ☐ figlio maggiorenne ☐ coniuge ☐

- Prestazioni per riabilitazione protesica delle arcate dentarie: dipendente ☐

3- Attrezzature particolari: dipendente ☐ figlio minore ☐ figlio maggiorenne ☐ coniuge ☐

4- Grave evento straordinario: dipendente ☐ figlio minore ☐ figlio maggiorenne ☐ coniuge ☐

* Ammontare della spesa sostenuta: € _____ anno _____

* Indicare l'eventuale importo rimborsato da altro ente: € _____ anno _____

(Luogo e data) _____ (Firma)

(timbro lineare della Direzione)

LA NON COMPILAZIONE DEI CAMPI INDICATI CON L'ASTERISCO E' MOTIVO DI ESCLUSIONE DAL BENEFICIO

Ai fini dell'erogazione del sussidio, il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché alla memorizzazione degli stessi nel database dell'Ente.

(Luogo e data) _____ (Firma)

Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette l'esame della richiesta e pertanto l'erogazione del sussidio.

UILPA Penitenziari
www.polpenuil.it

GIUGNO 2010

MODELLO SANITARIO – ANNO 2010

Da allegare alle istanze di cui al punto 1.c) della circolare dei sussidi, redatto da un medico di fiducia.

Dati anagrafici del paziente

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA / /

1. Diagnosi:

2. Compromissione della patologia sull'attuale qualità della vita del soggetto:

barrare la casella interessata

SI ☐ **NO** ☐

IN CASO AFFERMATIVO SPECIFICARE LA TIPOLOGIA E L'ENTITA':

data

Timbro e firma del Medico

Si raccomanda di scrivere in maniera leggibile e di compilare in modo integrale il modello, pena l'esclusione dalla valutazione.

UILPA Penitenziari
www.polpenuil.it

GIUGNO 2010

MODELLO – RIEPILOGO SPESE SOSTENUTE

Da allegare alle istanze di sussidio di cui ai punti 1.d), 2.a) e 2.b) della circolare dei sussidi

Dati anagrafici del dipendente o del familiare beneficiario del sussidio/contributo:

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA / /

DIPENDENTE ☐ CONIUGE A CARICO ☐ FIGLIO A CARICO ☐

1. Spesa sostenuta per:

Ricovero/intervento chirurgico/terapie ☐ Riabilitazione protesica ☐

Descrizione sintetica **a giustificazione** delle spese sostenute (evento, luogo, periodo del ricovero, ecc)

2. elenco delle spese sostenute — Euro

1) _____ _____
2) _____ _____
3) _____ _____
4) _____ _____
5) _____ _____
6) _____ _____
7) _____ _____
8) _____ _____
9) _____ _____
10) _____ _____

_____ _____
data firma del dipendente

Ai fini dell'erogazione del sussidio, il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché alla memorizzazione degli stessi nel database dell'Ente.

_____ _____
data firma del dipendente

Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette l'esame della richiesta e pertanto l'erogazione del sussidio.