

## ***CONTRIBUTI 2024 PER I FAMILIARI A CARICO CON DISABILITA'***

*Il Contratto Integrativo Aziendale prevede i seguenti contributi annuali a favore del personale dipendente con familiari disabili:*

**Dipendenti CAI e CAGS** (ad eccezione exCRCesena, exCRRimini, exCRSanMiniato, exCRSpezia) (modulo di richiesta "A"):

- **€ 1.291,14** per Aree Professionali e Quadri Direttivi di 1° e 2° livello in presenza di figli o coniuge fiscalmente a carico disabili.
- **€ 1.032,91** per Quadri Direttivi di 3° e 4° livello in presenza di figli fiscalmente a carico disabili.

**Dipendenti ex Cassa di Risparmio della Spezia** (modulo di richiesta "B"):

- **€ 2.300,00** per i dipendenti con figli e/o coniuge disabili, o persone legalmente equiparate a carico del dipendente, ai sensi della Legge n. 104/92 già beneficiari del contributo alla data dell'11/10/2012;
- **€ 1.291,14** per Aree Professionali e Quadri Direttivi di 1° e 2° livello in presenza di figli o coniuge fiscalmente a carico disabili che non beneficiavano del contributo alla data dell'11/10/2012;
- **€ 1.032,91** per Quadri Direttivi di 3° e 4° livello in presenza di figli fiscalmente a carico disabili che non beneficiavano del contributo alla data dell'11/10/2012.

**Dipendenti ex Cassa di Risparmio di San Miniato** (modulo di richiesta "C"):

**€ 2.200,00** per i dipendenti disabili ai sensi della Legge n. 104/92 o con figli e/o coniuge disabili che si trovino anch'essi nella medesima condizione. Il contributo verrà corrisposto una sola volta nel caso in cui, per la stessa condizione di disabilità, più soggetti tra quelli indicati (dipendente, coniuge, figlio) risultassero averne diritto.

**Dipendenti ex Cassa di Risparmio di Cesena** (modulo di richiesta "D"):

**€ 1.500,00** per i dipendenti con figli e/o coniuge disabili ai sensi della Legge n. 104/92 art. 3 comma 3. Tale contributo si riduce a **€ 900,00** in caso di ricovero permanente presso una struttura sanitaria. Il contributo è esteso anche ai dipendenti disabili ai sensi della Legge n. 104/92 art. 3 comma 3, solo nel caso in cui il reddito complessivo familiare utile per la corresponsione degli assegni per il nucleo familiare non sia superiore a € 60.000,00.

**Dipendenti ex Cassa di Risparmio di Rimini (modulo di richiesta "E"):**

**€ 2.500,00** per i dipendenti con figli, o persone legalmente equiparate a carico del dipendente, che risultino disabili ai fini della Legge n. 104/92 e che non risultino ricoverate permanentemente in strutture sanitarie.

**€ 1.500,00** per i dipendenti con figli, o persone legalmente equiparate a carico del dipendente, che risultino disabili ai fini della Legge n. 104/92 e che risultino ricoverate permanentemente in strutture sanitarie.

**SOLO PER I DIPENDENTI ex CARIM, le richieste ricevute entro il 20/06/2024 saranno in pagamento nello stesso mese, mentre le richieste successive saranno liquidate con le retribuzioni dei mesi seguenti.**

**Dipendenti ex CA Friuladria (modulo di richiesta "F"):**

Per i dipendenti già beneficiari di provvidenze disabili in CA Friuladria:

- **€ 2.000,00** per gli appartenenti alle categorie Aree Professionali e Quadri Direttivi (1° e 2° livello) in presenza di figli o coniuge fiscalmente a carico disabili ai sensi della Legge n. 104/92;
- **€ 2.000,00** agli appartenenti alla categoria Quadri Direttivi (3° e 4° livello) in presenza di figli fiscalmente a carico disabili ai sensi della Legge n. 104/92.

*Per i dipendenti che non beneficiavano già di provvidenze disabili in CA Friuladria si applicano le condizioni vigenti in Crédit Agricole Italia, ovvero:*

- **€ 1.291,14** per gli appartenenti alle categorie Aree Professionali e Quadri Direttivi (1° e 2° livello) in presenza di figli o coniuge fiscalmente a carico disabili ai sensi della Legge n. 104/92;
- **€ 1.032,91** per gli appartenenti alla categoria Quadri Direttivi (3° e 4° livello) in presenza di figli fiscalmente a carico disabili ai sensi della Legge n. 104/92.

**QUANDO FARE RICHIESTA PER IL CONTRIBUTO 2024?**

**Con l'eccezione del personale ex CARIM, le richieste dovranno essere inoltrate a partire da settembre 2024 aprendo un ticket in "HR SERVICE PER TE" (portale ONLIFE>HR CONNECT>HR SERVICE PER TE) scegliendo la categoria "Indennità, contributi spese, assegni di invalidità".** Quelle ricevute entro fine novembre 2024 saranno in pagamento nel mese di dicembre 2024, le richieste tardive saranno liquidate con le retribuzioni dei mesi successivi.

## **HO SCORDATO DI RICHIEDERE IL CONTRIBUTO GLI ANNI PRECEDENTI. COME POSSO FARE PER RICHIEDERE GLI ARRETRATI?**

Per effettuare la richiesta (massimo 5 anni a ritroso, quindi fino al 2019), è necessario aprire un ticket in "HR SERVICE PER TE" (portale ONLIFE > HR CONNECT>HR SERVICE PER TE) con la categoria "Indennità, contributi spese, assegni di invalidità", allegando, debitamente compilato, il modulo di domanda previsto dal documento "Specifiche contributi a favore del personale con familiari disabili per azienda di appartenenza/provenienza".

Nel caso in cui il contributo sia richiesto per la prima volta, occorre allegare copia dell'ultima comunicazione INPS contenente il verbale "commissione medica per l'accertamento dell'handicap"; anche nel caso in cui il contributo sia già stato richiesto negli anni precedenti con verbale soggetto ad un termine di revisione già scaduto, occorre allegare il documento aggiornato.

**SEGRETERIA ODC UILCA GRUPPO CREDIT AGRICOLE ITALIA**

**OGGETTO: richiesta contributo annuale per familiari portatori di handicap relativo all'Anno 20.....**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

Dipendente di:  CA Italia  CA Group Solutions (ex Cariparma o ex CAI)

in applicazione di quanto previsto dal Contratto Integrativo Aziendale, chiedo l'erogazione del contributo annuo previsto per il familiare sotto indicato, in quanto **fiscalmente a carico e portatore di handicap** ai sensi della legge n. 104 del 5/2/1992:

figlio/a \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

coniuge \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

**NOTA BENE:** il contributo per il **coniuge** è previsto solo per il personale appartenente alle aree professionali ed ai quadri direttivi di 1° e 2° livello.

Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che l'Amministrazione del Personale di CA Italia potrà chiedere in qualunque momento eventuali documenti probatori delle condizioni di handicap dichiarate.

Infine, come disposto dal D.lgs 196/03, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano il familiare indicato che, se maggiorenne, sottoscrive ed autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili per gli scopi qui indicati.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_  
(firmare in modo leggibile)

Firma del familiare maggiorenne \_\_\_\_\_  
(firmare in modo leggibile)

**Ex Dipendenti di Cassa di Risparmio della Spezia S.p.A.**

MODULO "B"  
DA ALLEGARE A TICKET IN HR SERVICE PER TE

**OGGETTO: richiesta contributo annuale per familiari portatori di handicap relativo**

**all'anno 20....**

**Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_**

in applicazione di quanto previsto dall'Accordo Sindacale del 11/10/2012 e dall'Accordo Sindacale del 09/07/2019, chiedo l'erogazione del contributo annuo previsto per il familiare sotto indicato, in quanto fiscalmente a carico e portatore di handicap supportato da idonea documentazione:

**Dipendente già beneficiario del contributo alla data del 11/10/2012:**

**SI\***

**NO**

<input type="checkbox"/> figlio/a _____ (cognome) _____ (nome)
<input type="checkbox"/> coniuge _____ (cognome) _____ (nome)

Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che l'Amministrazione del Personale di CA Italia potrà chiedere in qualunque momento eventuali documenti probatori delle condizioni di handicap dichiarate.

Infine, come disposto dal D.lgs 196/03, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano il familiare indicato che, se maggiorenne, sottoscrive ed autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili per gli scopi qui indicati.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_  
(firmare in modo leggibile)

Firma del familiare maggiorenne \_\_\_\_\_  
(firmare in modo leggibile)

\_\_\_\_\_

\*la provvidenza viene corrisposta a presentazione di idonea certificazione medica rilasciata dalla competente struttura attestante per l'anno di corresponsione, la sussistenza di un handicap ai sensi dell'art. 3 della legge n. 104 del 5/2/1992.

**Ex Dipendenti di Cassa di Risparmio di San Miniato S.p.A.**

MODULO "C"

DA ALLEGARE A TICKET IN HR SERVICE PER TE

**OGGETTO: richiesta contributo annuale per portatori di handicap relativo all'anno 20....**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

in applicazione di quanto previsto dal Contratto Integrativo Aziendale della Cassa di Risparmio di San Miniato S.p.A. e dall'Accordo Sindacale del 25/05/2018, chiedo l'erogazione del contributo annuo per i portatori di handicap<sup>1</sup>, per il seguente titolo:

Dipendente portatore di handicap

figlio/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

coniuge \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che l'Amministrazione del Personale di CA Italia potrà chiedere in qualunque momento eventuali documenti probatori di quanto sopra dichiarato.

Infine, come disposto dal D.lgs 196/03, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano il familiare indicato che, se maggiorenne, sottoscrive ed autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili per gli scopi qui indicati.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_  
(firmare in modo leggibile)

Firma del familiare maggiorenne \_\_\_\_\_  
(firmare in modo leggibile)

<sup>1</sup> Si ricorda che per il contributo di cui in oggetto il requisito dell'handicap si intende soddisfatto in caso di handicap in situazione di gravità e/o totale inabilità al lavoro intendendosi come totale inabilità il requisito minimo previsto per l'accesso all'assegno ordinario di invalidità INPS (riduzione permanente a meno di un terzo della capacità di lavoro).

**Ex Dipendenti di Cassa di Risparmio di Cesena S.p.A.**

MODULO "D"

DA ALLEGARE A TICKET IN HR SERVICE PER TE

**OGGETTO: richiesta contributo annuale per portatori di handicap relativo all'anno 20....**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

in applicazione di quanto previsto dal Contratto Integrativo Aziendale della Cassa di Risparmio di Cesena S.p.A. e dall'Accordo Sindacale del 25/05/2018, chiedo l'erogazione del contributo annuo per i portatori di handicap ai sensi della legge n.104/92 art.3 comma 3:

Dipendente portatore di handicap

A tal fine dichiaro che il reddito familiare complessivo (così come definito dall'accordo sindacale 25/5/2018) non è stato superiore ad Euro 60.000,00.

Figlio/a o coniuge convivente \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Dichiaro infine, che il familiare disabile:

NON è ricoverato in via permanente presso una struttura sanitaria

E' ricoverato in via permanente presso una struttura sanitaria

Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che l'Amministrazione del Personale di CA Italia potrà chiedere in qualunque momento eventuali documenti probatori di quanto sopra dichiarato.

Infine, come disposto dal D.lgs 196/03, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano il familiare indicato che, se maggiorenne, sottoscrive ed autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili per gli scopi qui indicati.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_  
(firmare in modo leggibile)

Firma del familiare maggiorenne \_\_\_\_\_  
(firmare in modo leggibile)

**Ex Dipendenti di Cassa di Risparmio di Rimini S.p.A.**

MODULO "E"  
DA ALLEGARE A TICKET IN HR SERVICE  
PER TE

**OGGETTO: richiesta contributo annuale per portatori di handicap relativo all'anno 20\_\_.**

**Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_**

in applicazione di quanto previsto dal Contratto Integrativo Aziendale della Cassa di Risparmio di Rimini S.p.A. e dall'Accordo Sindacale del 25/05/2018,

**CHIEDE**

per ...l... propri... figli... \_\_\_\_\_ attualmente

ricoverato/a

non ricoverato/a

permanentemente in strutture sanitarie, la corresponsione della provvidenza annuale prevista.

**DICHIARO**

a tal fine, che ...l... propri... figli... \_\_\_\_\_

risulta a carico secondo le previsioni dell'Accordo Sindacale 25/05/2018 e risulta altresì portatore di handicap ai fini della legge 104/92 per grave minorazione fisica o psichica.

Di essere inoltre consapevole del fatto che l'Amministrazione del Personale di CA Italia potrà chiedere in qualunque momento eventuali documenti probatori di quanto sopra dichiarato.

Infine, come disposto dal D.lgs 196/03, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano il familiare indicato che, se maggiorenne, sottoscrive ed autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili per gli scopi qui indicati.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_  
(firmare in modo leggibile)

Firma del familiare maggiorenne \_\_\_\_\_  
(firmare in modo leggibile)



**Ex dipendenti CA Friuladria**

MODULO "F"  
DA ALLEGARE A TICKET IN HR SERVICE PER TE

**OGGETTO: richiesta contributo annuale per familiari portatori di handicap relativo all'Anno 20.....**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

Dipendente di:  CA Italia  CA Group Solutions

già percettore di analogo contributo in CA Friuladria:  SI  NO

in applicazione dell'Accordo Sindacale del 9/11/2022, chiedo l'erogazione del contributo annuo previsto per il familiare sotto indicato, in quanto **fiscalmente a carico e portatore di handicap** ai sensi della legge n. 104 del 5/2/1992:

figlio/a \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

coniuge \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

**NOTA BENE:** il contributo per il **coniuge** è previsto solo per il personale appartenente alle aree professionali ed ai quadri direttivi di 1° e 2° livello.

Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che l'Amministrazione del Personale di CA Italia potrà chiedere in qualunque momento eventuali documenti probatori delle condizioni di handicap dichiarate.

Infine, come disposto dal D.lgs 196/03, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano il familiare indicato che, se maggiorenne, sottoscrive ed autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili per gli scopi qui indicati.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_  
(firmare in modo leggibile)

Firma del familiare maggiorenne \_\_\_\_\_  
(firmare in modo leggibile)