



PROTOCOLLO



## Domanda di assegno sociale - 1/5

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

**ALLA SEDE DI**

**NOME**  **COGNOME**

**CODICE FISCALE**  **NATO/A IL GG/MM/AAAA**

**A**  **PROV.**  **STATO**

**CITTADINANZA**

**RESIDENTE IN**  **PROV.**  **STATO**

**INDIRIZZO**  **CAP**

**TELEFONO**  **CELLULARE**

**INDIRIZZO E-MAIL**

### STATO CIVILE

*Barrare la casella corrispondente*

- Celibe/Nubile
- Separato/a dal .....
- Vedova/a dal .....
- Coniugato/a dal .....
- Divorziato/a dal .....

### DATI DEL CONIUGE

**NOME**  **COGNOME**

**CODICE FISCALE**  **NATO/A IL GG/MM/AAAA**

**A**  **PROV.**  **STATO**

STUDIO 74 - www.studio74.it





## Domanda di assegno sociale - 2/5

**CHIEDO**

- l'assegno sociale
- la ricostituzione dell'assegno sociale

**DICHIARO**

- Sono cittadino di un altro stato dell'Unione Europea, sono residente in Italia e ho prestato lavoro dipendente o autonomo nel territorio italiano

tipo di attività lavorativa in Italia \_\_\_\_\_

periodo di lavoro (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

- Sono familiare di un cittadino di un altro stato dell'Unione Europea che ha prestato lavoro dipendente o autonomo nel territorio italiano e sono residente in Italia

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ stato di cittadinanza \_\_\_\_\_

tipo di attività lavorativa in Italia \_\_\_\_\_

periodo di lavoro (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

- Sono rifugiato politico riconosciuto dalla Commissione paritetica di eleggibilità (allego attestazione della Commissione di eleggibilità)
- Sono cittadino extracomunitario titolare di carta di soggiorno
- sono titolare di status di protezione sussidiaria (tale privilegio è riservato ai cittadini extracomunitari e consiste nel rilascio di un permesso di soggiorno per protezione sussidiaria che ha validità triennale e consente di usufruire dello stesso trattamento riservato ai cittadini italiani in materia di assistenza sociale e sanitaria)
- Sono ricoverato presso un Istituto di cura con retta a totale carico del Servizio sanitario nazionale (in caso di ricovero l'assegno si riduce del 50%)
- Sono ricoverato presso un Istituto di cura con retta pari o superiore al 50% dell'importo annuo dell'assegno sociale (in questo caso non si applica la riduzione)
- Sono ricoverato presso un Istituto di cura con retta inferiore al 50% dell'importo annuo dell'assegno sociale (l'assegno si riduce del 25%)

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_





## Domanda di assegno sociale - 3/5

### Richiesta di pagamento della pensione presso banca

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

- Chiedo il pagamento:** *(Barrare la casella corrispondente)*
- ALLO SPORTELLO IN CONTANTI** *(solo per importi fino a 1.000 euro, art. 12, legge 22 dicembre 2011, n. 214)*

**Se il pagamento è richiesto con accredito su libretto di risparmio nominativo, su conto corrente nominativo o su carta prepagata, la Banca deve compilare la parte sottostante.**

**SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO**

*(indicare i codice IBAN e BIC solo se utilizzati)*

data \_\_\_\_\_  
 firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro della banca

**SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO**

data \_\_\_\_\_  
 firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro della banca

**SU CARTA PREPAGATA N.** \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_  
 firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro della banca





## Domanda di assegno sociale - 4/5

### Richiesta di pagamento della pensione presso Poste Italiane

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

UFFICIO POSTALE DI  N.   
 INDIRIZZO   
 CAP   CITTA'   
 CODICE ABI   CODICE CAB/FRAZIONARIO

(I codici ABI e CAB/FRAZIONARIO sono forniti dall'ufficio postale)

- Chiedo il pagamento:** *(Barrare la casella corrispondente)*
- ALLO SPORTELLO IN CONTANTI** *(solo per importi fino a 1.000 euro, art. 12, legge 22 dicembre 2011, n. 214)*

**Se il pagamento è richiesto con accredito su libretto di risparmio nominativo, su conto corrente nominativo o su INPS card, l'ufficio postale deve compilare la parte sottostante.**

**SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO N.** \_\_\_\_\_  
 data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_ timbro d'ufficio postale

**SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO**

CODICE IBAN

CODICE BIC

data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_ timbro d'ufficio postale

**SU INPS CARD, A ME INTESATA**

*Allo sportello postale si può richiedere **Inps card**, una carta elettronica sulla quale è possibile accreditare direttamente e gratuitamente la pensione ogni mese.*

CODICE IBAN

CODICE BIC

data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_ timbro d'ufficio postale



INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



## Domanda di assegno sociale - 5/5

### Elenco documenti allegati

Dichiaro di aver compilato questo modulo nelle parti segnalate come indispensabili e di avere allegato la seguente documentazione:

- Copia di un documento di identità
- Modulo RED personale e del coniuge
- Copia del provvedimento giudiziale in caso di separazione o divorzio
- Modulo prestazioni accessorie
- Modulo delega/patronato
- Modulo delega/sindacato
- Modulo delega riscossione pensione
- Modulo residenza
- Modulo posta
- Modulo banca

Altro:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento. Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false. (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Informativa sul trattamento dei dati personali

**(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")**

*L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.*

*Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto. I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.*