

Gruppo bancario Crédit Agricole Italia

PROVVIDENZE DISABILI

SCADENZA AL 4 DICEMBRE PER LE RICHIESTE
(tranne per i colleghi provenienza CR Rimini che hanno
mantenuto la scadenza al 15 giugno)

I vari processi di fusione/incorporazione che hanno caratterizzato il GRUPPO CA hanno comportato, in materia di PROVVIDENZA DISABILI, una sedimentazione delle varie previsioni, **ancora in attesa di un processo di armonizzazione.**

Pertanto, a questo proposito, l'intreccio delle varie previsioni normative potrebbe essere di difficoltà per i colleghi nel districarsi fra le varie norme sia in merito alle diverse scadenze che ai diversi riferimenti.

Poiché sono i diretti interessati che debbono provvedere annualmente a farne richiesta noi, tempo per tempo, in modo schematico, torniamo in argomento, distinguendo la platea in riferimento alle aziende di provenienza e riassumendo per ciascuno la normativa di riferimento.



TERMINI DI SCADENZA: 4 DICEMBRE PER LE RICHIESTE
(tranne per i colleghi provenienza CR Rimini che hanno mantenuto la scadenza al 15 giugno).
Va precisato che le richieste inoltrate successivamente saranno comunque liquidate.

Tutte le richieste vanno inviate al Servizio Amministrazione del Personale di Crédit Agricole Group Solutions - CU714@cagroupsolutions.it.

I nostri delegati sono disponibili in proposito per eventuali ulteriori necessità di chiarimento.

Credit Agricole Italia, provenienza da CARIPARMA:

Il contributo annuo è pari ad euro 1.291,14 € per le Aree Professionali e Quadri Direttivi 1° e 2° livello in presenza di figli o coniuge fiscalmente a carico disabili.

Per gli appartenenti alla categoria Quadri Direttivi 3° e 4° livello il contributo è pari a 1.032,91 € in presenza di figli fiscalmente a carico disabili.

L'erogazione deve essere supportata da idonea documentazione.

Le parti hanno anche convenuto che l'azienda terrà conto anche di eventuali segnalazioni da parte delle R.S.A.

Identico contributo sarà erogato a fronte di cure per disintossicazione riguardante i figli e coniuge, fiscalmente a carico, affetti da tossicodipendenza o da alcolismo.

TERMINI DI RICHIESTA: Le richieste ricevute entro il 4 dicembre saranno in pagamento nello stesso mese, mentre le richieste tardive saranno liquidate con le retribuzioni dei mesi successivi.

I nostri riferimenti:



<http://www.fisac-cgil.it/category/banche/credit-agricole/cariparma>
FISAC Gruppo Credit Agricole Italia



@Fisac_Cgil

Credit Agricole Italia, provenienza da CR CESENA:

Il contributo annuale è pari a 1.500 € per ogni figlio e/o coniuge convivente, portatori di handicap ai sensi della Legge n. 104/1992 art. 3 comma 3.

Il contributo si riduce a 900 € annui in caso di ricovero permanente presso una struttura sanitaria.

Tale contributo è esteso anche ai dipendenti portatori di handicap ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 3 ma 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 € (sessantamila/00).

TERMINI DI RICHIESTA: Le richieste ricevute entro il 4 dicembre saranno in pagamento nello stesso mese, mentre le richieste tardive saranno liquidate con le retribuzioni dei mesi successivi.

Credit Agricole Italia, provenienza da CR S.MINIATO:

Il contributo annuale è pari a 2.200 € per i dipendenti disabili ai sensi della legge n° 104/1992 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.

TERMINI DI RICHIESTA: Le richieste ricevute entro il 4 dicembre saranno in pagamento nello stesso mese, mentre le richieste tardive saranno liquidate con le retribuzioni dei mesi successivi.

Credit Agricole Italia, provenienza da CR RIMINI:

Il contributo annuale è pari a 2.500 € se il figlio o persona legalmente equiparata non risulta ricoverata permanentemente in strutture sanitarie.

Il contributo annuale si riduce a 1.500,00 €; se il figlio o persona legalmente equiparata risulta ricoverata permanentemente in strutture sanitarie.

TERMINI DI RICHIESTA: Per i colleghi Ex Rimini segnaliamo che anche la scadenza di riferimento per la richiesta è rimasta la precedente e differisce dalle altre, in quanto le richieste ricevute entro il 15 giugno vanno in pagamento nello stesso mese, mentre le richieste tardive saranno liquidate con le retribuzioni dei mesi successivi.

Credit Agricole Italia, provenienza da CR LA SPEZIA:

PERSONALE GIÀ BENEFICIARIO DELLE PROVVIDENZE AL 11/10/2012: Il contributo annuale è pari a 2.300 € per i dipendenti con figli e/o coniuge disabili, o persone legalmente equiparate a carico del dipendente, ai sensi della Legge n. 104/92

PERSONALE CHE BENEFICIA DELLE PROVVIDENZE SUCCESSIVAMENTE AL 11/12/2012:

Il contributo annuale è pari a 1.291 € per gli appartenenti alle categorie Aree Professionali e Quadri Direttivi (1° e 2° livello) con figli o coniuge disabili ai sensi della Legge n. 104/92.

Il contributo annuale è pari a 1.032 € per gli appartenenti alla categoria Quadri Direttivi 3° e 4° livello con figli o coniuge disabili ai sensi della Legge n. 104/92

TERMINI DI RICHIESTA: Le richieste ricevute entro il 4 dicembre saranno in pagamento nello stesso mese, mentre le richieste tardive saranno liquidate con le retribuzioni dei mesi successivi.

MODULI DI RICHIESTA:

Ogni platea degli interessati ha un proprio modulo di richiesta

I singoli moduli sono in allegato di seguito

Per ulteriori specifiche rivolgeti ai DELEGATI FISAC/CGIL

I nostri riferimenti:



<http://www.fisac-cgil.it/category/banche/credit-agricole/cariparma>
FISAC Gruppo Credit Agricole Italia



@Fisac_Cgil

Spett.le

SERVIZIO AMM.NE DEL PERSONALE (714)
CA GROUP SOLUTIONS

OGGETTO: richiesta contributo annuale per familiari portatori di handicap.

Io sottoscritto/a _____ matr. _____

Dipendente di: ☐ CA Italia ☐ CA Group Solutions (solo se ex Cariparma)

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 il Servizio Amministrazione del Personale di CA Group Solutions 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 di Cesena S.p.A.

Spett.le

SERVIZIO AMM.NE DEL PERSONALE (714)
CA GROUP SOLUTIONS

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, utile per la corresponsione degli assegni familiare per l'anno in corso NON è stato superiore ai € 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.

☐ È ricoverato in via permanente presso una struttura sanitaria

Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che il Servizio Amministrazione del Personale di CA Group Solutions 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 San Miniato S.p.A.

Spett.le

SERVIZIO AMM.NE DEL PERSONALE (714)
CA GROUP SOLUTIONS

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 handicap¹, per il seguente titolo:

☐ Dipendente portatore di handicap

☐ figlio/a _____
(cognome) (nome)

☐ coniuge _____
(cognome) (nome)

Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che il Servizio Amministrazione del Personale di CA Group Solutions 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)

¹ 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 Rimini S.p.A.

Spett.le

SERVIZIO AMM.NE DEL PERSONALE (714)
CA GROUP SOLUTIONS

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 ...I... propri... figli... _____ attualmente

☐ ricoverato/a

☐ non ricoverato/a

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

DICHIARO

a tal fine, che ...I... propri... figli... _____

risulta a carico secondo il criterio seguito per l'individuazione dei titolari del diritto agli assegni familiari 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 il Servizio Amministrazione del Personale di CA Group Solutions 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 della Spezia S.p.A.

Spett.le

SERVIZIO AMM.NE DEL PERSONALE (714)
CA GROUP SOLUTIONS

OGGETTO: richiesta contributo annuale per familiari portatori di handicap.

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** ai sensi della legge n. 104 del 5/2/1992:

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

SI ☐

NO ☐

☐ figlio/a _____
(cognome) (nome)

☐ coniuge _____
(cognome) (nome)

Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che il Servizio Amministrazione del Personale di CA Group Solutions 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)