

GESTIONE RIMBORSI TRATTENUTE PER LUNGHE MALATTIE

L'Associazione, considerate le ormai note problematiche di interfacciamento con l'Amministrazione del Personale della Fondazione, ha deciso di affrontare in via definitiva la specifica tematica dei rimborsi delle trattenute subite in busta paga dagli associati colpiti da gravi patologie che ne causano lunghi periodi assenza dall'attività lavorativa.

Il Consiglio Direttivo ha dato mandato ad un staff di professionisti che hanno raccolto le necessarie informazioni per creare uno speciale software di gestione con il quale saranno gestite tutte le domande di rimborso di cui si tratta.

Alla luce di quanto prodotto dalla casa di software per conto della società, si può adesso affermare che l'intera ristrutturazione del comparto consentirà ora, e in futuro, la corretta e puntuale attività di sostegno a chi si trova in condizioni di disagio, anche economico, a causa di gravi malattie.

Di seguito riportiamo le nuove norme che disciplinano l'attività di rimborso; tenendo conto che la società per poter lavorare le singole buste paga, nelle quali compaiono le trattenute, avrà anche bisogno di altre informazioni che l'associato necessariamente fornirà periodicamente.

L'Associazione, ristrutturando i propri archivi informatici ha creato delle specifiche tabelle nelle quali registrare i giorni di **“comporto”** (termine che individua, in ambito di prestazione lavorativa, i soli giorni in cui, per assenza causata da lunga malattia, l'Ente Previdenziale (INPS) non corrisponde al datore di lavoro alcuna indennità) dal cui conteggio si rileva la posizione personale del socio nel percorso di lunga malattia, così come meglio definito nel Contratto Collettivo Nazionale.

Nel caso di specie la lunga malattia per i dipendenti della Fondazione Policlinico Gemelli decorre dal 9^o mese, ossia 270 giorni lavorativi complessivamente cumulati dalla data di prima rilevazione dettata dal certificato medico prodotto dal dipendente al datore di lavoro, proseguendo fino al 18^o mese, ossia 580 giorni lavorativi, periodo oltre il quale il datore di lavoro conserva ancora il posto di lavoro al dipendente, ma a stipendio zero. Comunque superato il 36^o mese il datore di lavoro deve procedere al licenziamento del dipendente.

In questo contesto si concretizzano quindi due diverse casistiche. La prima per il periodo che va dal 9^o al 11^o mese e il secondo che va dal 12^o al 18^o mese. Nel primo caso il dipendente subisce una riduzione delle spettanze mensili del 10%; nel secondo caso del 50%. L'Associazione Mutua Interna A. Gemelli interviene in queste due condizioni rimborsando la parte decurtata di stipendio mensile maggiorata di un Euro giornaliero per ogni giorno di assenza quale bonus compensativo.

Per poter correttamente operare la Società ha bisogno di acquisire l'originale “Certificato di lunga malattia” rilasciato dal datore di lavoro su specifiche indicazioni dell'ente previdenziale (INPS).

Da questo documento si evince la data di **“decorrenza” della lunga malattia e da quella data si possono calcolare i giorni di comportamento corretti.**

Per quanto ovvio precisiamo che è quindi necessario ed indispensabile fornire, alla Società, gli statini di presenza mensili dalla data di decorrenza, come sopra definita, fino alla data corrispondente al mese in cui compaiono le trattenute in busta paga per lunga malattia.

Pertanto l'Amministrazione dell'Associazione è a disposizione di tutti i soci che intendano richiedere i previsti sussidi di assistenza a recupero delle trattenute subite. Resta a loro cura la consegna della citata documentazione che andrà obbligatoriamente aggiornata mensilmente, in quanto accompagnatoria della domanda di rimborso.

Riepiloghiamo qui di seguito i documenti da presentare per tipologia e frequenza di consegna.

1) - CERTIFICATO DI LUNGA MALATTIA–**Una tantum** -ossia alla prima produzione da parte del datore di lavoro. Con questo certificato viene comunicata al socio la data di decorrenza della lunga malattia.

2) -BUSTA PAGA–Ogni qualvolta compaiono trattenute per lunga malattia.

3) - STATINO PRESENZE MENSILI – Quale accompagnatoria ad ogni busta paga presentata ma anche in continuità temporale con l’ultimo statino già consegnato(**).

A fronte di questo sforzo amministrativo e gestionale, che coinvolge anche i richiedenti interessati, gli stessi avranno la possibilità di richiedere il loro estratto conto aggiornato, sia dei rimborsi di cui hanno già usufruito, sia della loro situazione aggiornata nel computo dei giorni di comportamento.

Sarà cura dell’Amministrazione della Società comunicare quando tali servizi saranno fruibili anche da portale, ossia nel sito della Società raggiungibile all’indirizzo “www.assomutuagemelli.it”.

L’Amministrazione

Il Consiglio Direttivo.

(**)-Vuoldirechesesièpresentata,peresempio,labustapagadiaprile,corredatadistatino,epoisipresentalabustapagadi luglio, bisognerà allegare anche gli statini di maggio e giugno oltre quello di luglio.



ASSOCIAZIONE MUTUA INTERNA A. GEMELLI

ASSOCIAZIONE TRA I DIPENDENTI DELLA FONDAZIONE POLICLINICO
A. GEMELLI E DELL'UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE DI ROMA
LARGO FRANCESCO VITO N. 1 00168 ROMA (RM)

Codice fiscale 96634350589 - PEC assomutuagemelli@pec.it

Tel. : 0630154510 - 0690236774 - Amm. 3929998811

Sito : info@assomutuagemelli.it · amministrazione@assomutuagemelli.it

**ALL'AMMINISTRAZIONE
DELL'ASSOCIAZIONE MUTUA INTERNA A. GEMELLI**

RICHIESTA DI RIMBORSO EMOLUMENTI DETRATTI PER LUNGA MALATTIA

Matricola: _____

Io sottoscritto: _____

Codice Fiscale : _____ Cell. _____

chiedo il rimborso degli importi detratti dalla mia partita stipendiale per malattia relativi al mese
di : _____ per Euro : _____ così come
risultante alla voce PXR100 dell'allegata busta paga.

Al fine di valutare correttamente gli importi netti a me spettanti mi impegno a fornire i cartellini di
presenza dei mesi sotto elencati:

Mesi : _____

Consapevole che tale richiesta prevede, da parte dell'associazione, il trattamento, la conservazione e la gestione di dati sensibili riferiti alla mia persona, con la presente specificatamente autorizzo l'associazione, in persona del suo legale rappresentante o a persona da lui delegata ad acquisire, a trattare, conservare e gestire tali informazioni nel rispetto della specifica normativa di cui al GDPR 679/2016 e più precisamente nel dettato degli Art.li dal 12 al 22 e dall'art.8 del Codice deontologico in materia di dati personali sensibili.

Data _____

Firma _____

Per riscontro di firma e autenticità della documentazione allegata

Raccolto da (Firma) _____

Matricola _____

Data _____