

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER EVENTI STRAORDINARI  
AI SENSI DELL' ART. 1 LETTERA B)**

del relativo Bando per i trattamenti di assistenza

**SUSSIDIO A SEGUITO DI  
SOSPENSIONE O RIDUZIONE FORZATA PER PIÙ DI SEI MESI DELL'ATTIVITÀ  
PROFESSIONALE**

da parte di

**ISCRITTO NON TITOLARE DI PENSIONE A CARICO DELL'EPAP O DI ALTRO ENTE DI  
PREVIDENZA**

a causa di

**MALATTIA O INFORTUNIO, ACCERTATO DALLA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA**

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Codice Fiscale

**IN QUALITÀ DI**

TIPOLOGIA RICHIEDENTE <i>selezionare una sola casella</i>		
<input type="radio"/>	<b>a) Iscritto contribuente EPAP</b> , non titolare di pensione a carico dell'EPAP o di altro Ente di previdenza, sul quale grava l'obbligo del versamento di tutti i contributi obbligatori	<b>N° Matricola</b> <input type="text"/>
<input type="radio"/>	<b>b) superstite<sup>1</sup> dell'iscritto</b>	
	Cognome Iscritto	<input type="text"/>
	Nome Iscritto	<input type="text"/>
	Codice Fiscale Iscritto	<input type="text"/>
	N° Matr. Iscritto	<input type="text"/>
	Parentela nel Nucleo Familiare <sup>1</sup>	<input type="text"/>

(Compilare obbligatoriamente in ogni sua parte)

- **VISTA LA DEFINIZIONE DI EVENTO STRAORDINARIO CHE DA LUOGO ALL'EROGAZIONE DEL SUSSIDIO<sup>2</sup>**
- **VISTI I REQUISITI NECESSARI PER L'ACCESSO ALLA PRESTAZIONE**
- **VISTE LE CONDIZIONI DI GRAVE DISAGIO ECONOMICO SCATURITE**

\*\*\*SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA\*\*\*

NOTE

1. Ai sensi dell'art. 3, c.3 del Regolamento per l'erogazione dei trattamenti di assistenza, per **nucleo familiare** si intende quello composto dalle medesime categorie previste dall'art. 16, comma 1 del Regolamento di attuazione dell'Ente, ovvero:

a) il coniuge o il convivente more uxorio;

b) figli minorenni, ovvero maggiorenni se inabili o a carico;

c) genitori inabili dell'iscritto defunto o di età superiore ai sessantacinque anni che risultino a suo carico ovvero, in mancanza di questi, ai fratelli celibi ed alle sorelle nubili, sempre che al momento della morte dell'iscritto risultino permanentemente inabili ed a suo carico. I superstiti si considerano inabili se riconosciuti tali ai sensi dell'art. 39 del D. P. R. 25 aprile 1957, n. 818, ed a carico dell'iscritto se questi prima del decesso provvedeva al loro sostentamento in forma continuativa ed esclusiva.

2. **Evento straordinario:** Un accadimento puntuale e "non conforme all'ordinarietà" (ovvero un fenomeno circoscritto nel tempo e non riconducibile a uno status/condizione) che incide in maniera rilevante sul bilancio familiare, fino al punto di essere difficilmente sostenibile da parte dell'iscritto

## CHIEDE

<b>Erogazione del sussidio per:</b> <i>selezionare una sola casella</i>	<input type="radio"/> <b>SOSPENSIONE per più di sei mesi dell'attività professionale</b>	
	<input type="radio"/> <b>RIDUZIONE per più di sei mesi dell'attività professionale</b>	
<b>A causa di</b> <i>selezionare una sola casella</i>	<input type="radio"/> <b>Malattia</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/> <i style="text-align: center;">specificare</i>
	<input type="radio"/> <b>Infortunio</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/> <i style="text-align: center;">specificare</i>
	<b>DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA CHE HA ACCERTATO LA MALATTIA/INFORTUNIO:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> <i style="text-align: center;">specificare</i>	
<b>Malattia/Infortunio riguardante:</b> <i>selezionare una sola casella</i>	<input type="radio"/> <b>Iscritto</b>	
	<input type="radio"/> <b>Componente del nucleo familiare<sup>1</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Coniuge</li> <li><input type="radio"/> Convivente more uxorio</li> <li><input type="radio"/> Figlio/a</li> <li><input type="radio"/> Genitore</li> <li><input type="radio"/> Fratello/Sorella</li> <li><input type="radio"/> altro (<i>specificare</i>) <input style="width: 150px;" type="text"/></li> </ul>	

*(Compilare obbligatoriamente)*

\*\*\*SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA\*\*\*

**NOTE**

1. Ai sensi dell'art. 3, c.3 del Regolamento per l'erogazione dei trattamenti di assistenza, per **nucleo familiare** si intende quello composto dalle medesime categorie previste dall'art. 16, comma 1 del Regolamento di attuazione dell'Ente, ovvero:

a) il coniuge o il convivente more uxorio;

b) figli minorenni, ovvero maggiorenni se inabili o a carico;

c) genitori inabili dell'iscritto defunto o di età superiore ai sessantacinque anni che risultino a suo carico ovvero, in mancanza di questi, ai fratelli celibi ed alle sorelle nubili, sempre che al momento della morte dell'iscritto risultino permanentemente inabili ed a suo carico. I superstiti si considerano inabili se riconosciuti tali ai sensi dell'art. 39 del D. P. R. 25 aprile 1957, n. 818, ed a carico dell'iscritto se questi prima del decesso provvedeva al loro sostentamento in forma continuativa ed esclusiva.



**Consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 del GDPR UE 2016/679)**

Io sottoscritto/a

dichiara di aver preso visione dell'Informativa Privacy su come EPAP gestisce i dati in conformità al Regolamento UE 2016/679 pubblicata all'interno della sezione "Privacy" sul sito [www.epap.it](http://www.epap.it).

luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del/della dichiarante (consenso esplicito)

Il/La Sottoscritto/a:

- è consapevole che l'EPAP si riserva la facoltà di richiedere ulteriore integrazione alla documentazione
- è a conoscenza che l'EPAP si riserva di procedere, anche a campione, alle verifiche ritenute opportune presso le competenti strutture.

**LETTO CONFERMATO E SOTTOSCRITTO**

luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del/della dichiarante

\*\*\*FINE MODULO\*\*\*

## **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

*obbligatoria, pena il non accoglimento della domanda*

1. copia del Modello ISEE in corso di validità;
2. copia di un documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
3. fotocopia del codice fiscale del richiedente;
4. certificazione del nucleo familiare come risultante dallo stato di famiglia alla data della richiesta;
5. documentazione comprovante la malattia o l'infortunio e la data di insorgenza dell'evento straordinario.  
La documentazione medica dovrà contenere l'esame obiettivo, la diagnosi clinica e la diagnosi funzionale.  
La documentazione dovrà essere aggiornata al massimo ad 1 anno antecedente la presentazione della domanda;
6. In caso di presentazione domanda **da parte di superstite**: certificato di morte o atto sostitutivo di notorietà di morte dell'iscritto o del pensionato.

## **CONDIZIONI PER L'EROGAZIONE DEL SUSSIDIO**

1. La regolarità della posizione contributiva e dichiarativa (Mod. 2), fino all'anno precedente a quello di presentazione dell'istanza da parte dell'iscritto;
2. Il reddito familiare, risultante dall'Indicatore della situazione economica equivalente (modello ISEE), non deve essere superiore a 60 volte il contributo soggettivo minimo vigente nell'anno di presentazione della domanda stessa;
3. Non hanno diritto al sussidio i soggetti che abbiano versato il solo contributo integrativo e coloro che abbiano richiesto la restituzione o la ricongiunzione verso altro Ente di Previdenza obbligatorio del montante contributivo;
4. Qualora, nello stesso esercizio finanziario, sussista concorrenza di presupposti a favore di più soggetti aventi diritto, il sussidio può essere erogato ad un solo componente il nucleo familiare dell'avente diritto stesso;
5. Il sussidio non è cumulabile con altri trattamenti di assistenza di cui ai sensi dell'art. 2, comma 1 del Regolamento per l'erogazione dei trattamenti di assistenza, fatto salvo per gli assegni di studio. I sussidi di cui al punto 7 del bando non sono tra loro cumulabili;
6. La domanda di sussidio è ripetibile esclusivamente nel caso di comprovato e perdurante stato di bisogno correlato e conseguente all'evento straordinario che lo ha generato.
7. Il sussidio non è erogabile oltre il terzo anno successivo all'evento straordinario/evento dovuto a caso fortuito o forza maggiore che l'ha giustificato.
8. Il sussidio di cui all'art.1 lettera b) del bando di riferimento assorbe altre eventuali prestazioni assistenziali erogate all'iscritto da EPAP per il medesimo evento per il quale è stato richiesto il sussidio stesso.

## **PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

La domanda di sussidio deve essere presentata al verificarsi della circostanza o evento straordinario, malattia o infortunio di carattere acuto e temporaneo e di carattere permanente e di tutti i requisiti previsti, **entro e non oltre 180 giorni dall'evento**, utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'EPAP, scaricabile dalla pagina web [www.epap.it](http://www.epap.it).

La domanda dovrà contenere la dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali **debitamente sottoscritta**.

La stessa dovrà pervenire all'Ente per **PEC** all'indirizzo [epap@pec.epap.it](mailto:epap@pec.epap.it)