

Domanda di **CONTRIBUTO** per il **SOSTEGNO ALLA MATERNITÀ** per gli eventi occorsi dal 1 gennaio al 31 dicembre 2023

La sottoscritta COGNOME e NOME:

CODICE FISCALE:

MATRICOLA EPAP: RECAPITO TELEFONICO:

PEC:

CHIEDE

il **Rimborso delle spese sostenute** con riferimento a:

- A) **NASCITA**: avvenuta il ¹; presunta per il ²
- B) **ADOZIONE o AFFIDAMENTO**: data di effettivo ingresso del bambino/a in famiglia ³
- C) **ABORTO Spontaneo o Terapeutico oltre il 3° mese**:
data di inizio gravidanza: ⁴, data interruzione: ⁵

Parto gemellare o plurima adozione/affido

- per le seguenti spese sostenute ammissibili al sostegno (correlate all'evento sopra indicato)

TABELLA "A"

<input type="checkbox"/> Latte ad uso pediatrico	<input type="checkbox"/> Omogeneizzati, alimenti e integratori per la 1° infanzia
<input type="checkbox"/> Pannolini	<input type="checkbox"/> Presidii per la cura del bambino
<input type="checkbox"/> Abbigliamento per la prima infanzia	<input type="checkbox"/> Marsupio ed accessori per la gestione del neonato
<input type="checkbox"/> Carrozzina (*)	<input type="checkbox"/> Passeggino (*)
<input type="checkbox"/> Seggiolino auto (*) (per la quota eccedente l'eventuale contributo statale)	<input type="checkbox"/> Culla (*)
<input type="checkbox"/> Vaschetta per il bagno (*)	<input type="checkbox"/> Fasciatoio (*)
<input type="checkbox"/> Biancheria per bambini da letto e da bagno	<input type="checkbox"/> Accessori per l'infanzia (biberon, tiralatte, tettarelle, sterilizzatori ecc. esclusi giochi)
<input type="checkbox"/> Medicinali pediatrici	

(*) un solo pezzo⁶

- e/o per le seguenti prestazioni sanitarie ammissibili al sostegno aggiuntivo (correlate all'evento sopra indicato):

TABELLA "B"

<input type="checkbox"/> Spese per ricoveri in istituti di cura	<input type="checkbox"/> Prestazioni mediche correlate agli eventi oggetto di sostegno
<input type="checkbox"/> Accertamenti diagnostici	<input type="checkbox"/> Visite ginecologiche o urologiche
<input type="checkbox"/> Fisioterapie riabilitative del pavimento pelvico	<input type="checkbox"/> Terapie specifiche
<input type="checkbox"/> Colloqui psicologici post parto	<input type="checkbox"/> Analisi clinico chimiche specifiche
<input type="checkbox"/> Test prenatali	<input type="checkbox"/> Ecografie, ecocardiografie
<input type="checkbox"/> Ticket sanitari	

SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA

1. Allegare estratto dell'atto di nascita del bambino con le generalità della madre.
2. Allegare certificato medico indicante la data di inizio della gravidanza e quella presunta del parto nel quale sia espressamente indicato il compimento della 26^a settimana di gravidanza.
3. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la data di effettivo ingresso del bambino nella famiglia e copia autentica del provvedimento di adozione o di affidamento preadottivo. Nel caso che l'Autorità emanante sia di Stato estero è necessario presentare il successivo provvedimento adottato dal Tribunale dei Minori Nazionale competente per territorio.
4. Allegare certificato medico comprovante la data di inizio della gravidanza.
5. Allegare certificato medico, rilasciato dalla A.S.L. che ha fornito le prestazioni sanitarie, comprovante la data dell'interruzione della gravidanza.
6. In caso di parto gemellare o plurima adozione/affido il numero dei pezzi viene rapportato al numero di figli.

All'uopo DICHIARA

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000

- di avere tutti i requisiti di regolarità contributiva e dichiarativa previsti ai sensi dell'art. 3 e art. 5 della delibera del CdA n. 110/2017 (vedi link: <https://www.epap.it/adempimenti/certificazione-di-regolarita-contributiva/>);
- di essere iscritta e contribuente attiva all'EPAP (lo status di iscritta attiva dovrà essere posseduto da 3 mesi prima ed essere mantenuto per almeno 12 mesi successivi all'evento per il quale si chiede il rimborso)

Si allegano in COPIA le seguenti fatture/ricevute* di spesa:

TABELLA "A"

#	N° Fattura/ Ricevuta	Emessa da	Data documento	Importo
1				€. _____
2				€. _____
3				€. _____
4				€. _____
5				€. _____
6				€. _____
7				€. _____
8				€. _____
9				€. _____
10				€. _____
11				€. _____
12				€. _____
13				€. _____
14				€. _____
15				€. _____
16				€. _____
17				€. _____
18				€. _____
19				€. _____
20				€. _____
21				€. _____
22				€. _____
23				€. _____
24				€. _____
25				€. _____
26				€. _____
TOTALE SPESE				€. _____

* I documenti di spesa devono essere provvisti del soggetto pagatore pena inammissibilità della spesa

SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA

Rev. 19.06.2024



Si allegano in COPIA le seguenti fatture/ricevute* di spesa:

TABELLA "B"

#	N° Fattura/ Ricevuta	Emessa da	Data documento	Importo
1				€.
2				€.
3				€.
4				€.
5				€.
6				€.
7				€.
8				€.
9				€.
10				€.
11				€.
12				€.
13				€.
14				€.
15				€.
16				€.
17				€.
18				€.
19				€.
20				€.
21				€.
22				€.
23				€.
24				€.
25				€.
26				€.
27				€.
28				€.
29				€.
30				€.
TOTALE SPESE				€.

* I documenti di spesa devono essere provvisti del soggetto pagatore pena inammissibilità della spesa

SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA

