

RICHIESTA DI SUSSIDIO IN FAVORE DI ISCRITTI CON FIGLI IN ASILO NIDO

del relativo Bando per i trattamenti di assistenza

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Codice Fiscale

IN QUALITÀ DI

| TIPOLOGIA RICHIEDENTE <i>selezionare una sola casella</i> | |
|--|--|
| <input type="radio"/> | a) Iscritto contribuente EPAP sul quale grava l'obbligo del versamento di tutti i contributi obbligatori ¹ |
| <div style="float: right; text-align: right;">N° Matricola</div> <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> | |
| <input type="radio"/> | b) superstite² Iscritto contribuente |
| Cognome Iscritto | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Nome Iscritto | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Codice Fiscale Iscritto | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| N° Matr. Iscritto | <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> |
| Parentela nel Nucleo Familiare ² | <input style="width: 100%;" type="text"/> |

(Compilare obbligatoriamente in ogni sua parte)

- **VISTO IL BANDO DI RIFERIMENTO**
- **VISTI I REQUISITI NECESSARI PER L'ACCESSO AL SUSSIDIO**

SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA

NOTE

1. Si considerano iscritti contribuenti anche coloro che nel corso dell'anno hanno cessato l'attività o si sono cancellati dall'albo, purché contribuenti nell'anno antecedente la domanda di sussidio..
2. 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. 618, ed a carico dell'iscritto se questi prima del decesso provvedeva ai loro sostentamento in forma continuativa ed esclusiva.

CHIEDE

l'erogazione del sussidio a rimborso di spese effettivamente sostenute
per rette di asilo nido

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| INDICARE IL NUMERO DI FIGLI PER QUALE SI RICHIEDE IL SUSSIDIO ASILO NIDO | <input type="radio"/> 1 figlio | <input type="radio"/> 2 figli | <input type="radio"/> 3 figli | <input type="radio"/> 4 figli | |
| INDICARE I DATI ANAGRAFICI DEL FIGLIO PER QUALE SI RICHIEDE IL SUSSIDIO ASILO NIDO | N° 1 | Cognome e Nome | <input type="text"/> | | |
| | | Codice Fiscale | <input type="text"/> | | |
| | | Anno scolastico frequentato | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> |
| | | | AAAA/AAAA | | |
| | Presso la struttura educativa | <input type="text"/> | | | |
| | N° 2 | Cognome e Nome | <input type="text"/> | | |
| | | Codice Fiscale | <input type="text"/> | | |
| | | Anno scolastico frequentato | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> |
| | | | AAAA/AAAA | | |
| | Presso la struttura educativa | <input type="text"/> | | | |
| | N° 3 | Cognome e Nome | <input type="text"/> | | |
| | | Codice Fiscale | <input type="text"/> | | |
| | | Anno scolastico frequentato | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> |
| | | | AAAA/AAAA | | |
| | Presso la struttura educativa | <input type="text"/> | | | |
| | N° 4 | Cognome e Nome | <input type="text"/> | | |
| Codice Fiscale | | <input type="text"/> | | | |
| Anno scolastico frequentato | | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | |
| | | AAAA/AAAA | | | |
| Presso la struttura educativa | <input type="text"/> | | | | |
| INDICARE PRESENZA DI FIGLIO/I DISABILE/I PER IL QUALE SI RICHIEDE IL SUSSIDIO | <input type="radio"/> SI / <input type="radio"/> NO | | | | |

(Compilare obbligatoriamente)

SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA

A TAL FINE DICHIARA

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

- 1) di essere in possesso della regolarità della posizione contributiva e dichiarativa (Mod.2), come previsto dal bando di riferimento;
- 2) di non aver già richiesto all'EPAP analogo contributo per lo stesso anno scolastico;

| | |
|---|--|
| 3) | <input type="radio"/> di non aver beneficiato e di non beneficiare di sussidi, da chiunque erogati, in relazione al medesimo intervento assistenziale |
| | <input type="radio"/> di aver beneficiato e di beneficiare di sussidi, in relazione al medesimo intervento assistenziale <ul style="list-style-type: none">• per un importo totale pari ad €: <input type="text"/>• Erogati da: <input type="text"/> |
| Importo totale della spesa effettivamente sostenuta (*) | Euro <input type="text"/> |

(Compilare obbligatoriamente)

(*) ATTENZIONE

Per spesa effettivamente sostenuta: indicare l'importo totale al netto di contributi e/o rimborsi ottenuti da altri enti pubblici o altre entità private

SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA

DICHIARA INOLTRE

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

| numero di figli minori a carico presenti nel nucleo familiare | Reddito familiare, risultante dall'Indicatore della situazione economica equivalente (modello ISEE allegato), non è superiore a: | | Indicare Importo Reddito familiare |
|---|--|--|------------------------------------|
| meno di 3 | <input type="checkbox"/> | 60 volte il contributo soggettivo minimo vigente nell'anno di presentazione della domanda stessa | Euro <input type="text"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 70 volte il contributo soggettivo minimo vigente nell'anno di presentazione della domanda stessa | Euro <input type="text"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 80 volte il contributo soggettivo minimo vigente nell'anno di presentazione della domanda stessa | Euro <input type="text"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 90 volte il contributo soggettivo minimo vigente nell'anno di presentazione della domanda stessa | Euro <input type="text"/> |
| oltre 5 | <input type="checkbox"/> | 100 volte il contributo soggettivo minimo vigente nell'anno di presentazione della domanda stessa | Euro <input type="text"/> |

ATTENZIONE

Tale dichiarazione non va compilata nel caso di documentata disabilità del/i figlio/i per il/i quale/i si richiede il sussidio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

luogo e data

Firma del/della dichiarante

Allegare copia fotostatica del documento di identità valido

**CHIEDE CHE, SE NEL DIRITTO,
LA LIQUIDAZIONE VENGA CORRISPOSTA TRAMITE ACCREDITO**

sul c/c bancario (o postale) intestato (o cointestato) a:

| | |
|---------|--|
| Cognome | |
| Nome | |

presso Banca/Posta:

alle seguenti coordinate **IBAN** (desumibili dall'estratto conto o presso la propria Banca/Ufficio postale):

| | | | | | |
|-----------------|----------------|-----|-----|-----|----------------|
| CODICE PAESE | CHECK DIGIT | CIN | ABI | CAB | CONTO CORRENTE |
| | | | | | |

LETTO CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

luogo e data

Firma del/della dichiarante

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

Io sottoscritto/a

dichiaro 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.

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. certificazione dello stato di famiglia dell'interessato alla data della domanda;
4. fotocopia del codice fiscale del richiedente;
5. certificato della struttura educativa attestante la frequenza del figlio all'asilo nido per l'anno scolastico di riferimento della domanda;
6. copia della documentazione fiscale/contabile e dei giustificativi di pagamento (esempio distinte, bonifici, ricevute, estratti conto ecc.), attestanti le spese sostenute per le rette di frequenza all'asilo nido per cui si chiede il sussidio, da parte di uno dei genitori appartenenti al nucleo familiare del figlio;
7. in caso di presentazione domanda da parte di superstiti: certificato di morte o atto sostitutivo di notorietà di morte dell'iscritto;
8. nel caso di deroga ai limiti reddituali di cui all'art. 3 del bando di riferimento o di richiesta del punteggio massimo di cui all'art. 7 del suddetto bando: certificazione attestante lo stato di disabilità del figlio per il quale si richiede il contributo.

CONDIZIONI PER L'EROGAZIONE DEL SUSSIDIO

1. La regolarità della posizione contributiva e dichiarativa (Mod. 2), come previsto dal bando di riferimento;
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. Detto limite reddituale è derogato esclusivamente nel caso di documentata disabilità del figlio per il quale si richiede il contributo;
3. per nuclei familiari con più di due figli minori a carico, il suddetto limite reddituale è innalzato con la seguente progressione:
 - 3 figli 70 volte il contributo soggettivo minimo vigente;
 - 4 figli 80 volte il contributo soggettivo minimo vigente;
 - 5 figli 90 volte il contributo soggettivo minimo vigente;
 - oltre 5 figli 100 volte il contributo soggettivo minimo vigente;
4. Il sussidio può essere erogato una sola volta per ogni anno scolastico nei limiti di cui al art. 6 del bando di riferimento

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di sussidio deve essere presentata **entro e non oltre 180 giorni** dal termine dell'anno scolastico per il quale si chiede il contributo.

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**