

**RICHIESTA SUSSIDIO
AL VERIFICARSI DI SPESE EFFETTIVAMENTE SOSTENUTE
CON PARTICOLARE INCIDENZA SUL BILANCIO FAMILIARE
PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE
PRESTATA IN CONSEGUENZA DI CIRCOSTANZE O EVENTI STRAORDINARI,
MALATTIA O INFORTUNIO DI
CARATTERE ACUTO E TEMPORANEO O DI CARATTERE PERMANENTE,
IVI COMPRESSE LE PATOLOGIE DI INTERESSE ONCOLOGICO E DA IMMUNODEFICIENZA
ACQUISITA**

Ai sensi dell'art. 1
del relativo Bando per i trattamenti di assistenza

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Codice Fiscale

IN QUALITÀ DI

TIPOLOGIA RICHIEDENTE		
selezionare una sola casella		N° Matricola
<input type="radio"/>	a) Iscritto contribuente EPAP , ovvero iscritto pensionato EPAP, sul quale grava l'obbligo del versamento di tutti i contributi obbligatori	<input type="text"/>
<input type="radio"/>	b) Pensionato EPAP che ha interrotto nel corso dell'anno l'attività professionale o si è cancellato dall'albo, contribuente nell'anno antecedente la domanda di sussidio	<input type="text"/>
selezionare una sola casella	<input type="radio"/> c) Superstite¹ dell'iscritto	<input type="radio"/> d) Superstite¹ del pensionato
Cognome Iscritto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome Iscritto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice Fiscale Iscritto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° Matr. Iscritto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Parentela nel Nucleo Familiare ¹	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Compilare obbligatoriamente in ogni sua parte)

- **VISTA LA DEFINIZIONE DI CIRCOSTANZA/EVENTO STRAORDINARIO CHE DA LUOGO ALL'EROGAZIONE DEL SUSSIDIO²**
- **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. **Circostanza/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

l'erogazione del sussidio in relazione alle spese effettivamente sostenute,
con particolare incidenza sul bilancio familiare in conseguenza di circostanze o eventi straordinari,
malattia o infortunio di carattere acuto e temporaneo o di carattere permanente, ivi comprese le patologie
di interesse oncologico e da immunodeficienza acquisita,
per l'assistenza domiciliare

INDICARE ISCRITTO/COMPONENTE NUCLEO FAMILIARE PER IL QUALE SONO STATE SOSTENUTE LE SPESE			
Cognome	<input type="text"/>		
Nome	<input type="text"/>		
Codice Fiscale	<input type="text"/>		
Relazione con l'iscritto <i>selezionare una sola casella</i>	<i>compilazione in caso di soggetto diverso dall'iscritto</i>	<input type="radio"/> Coniuge <input type="radio"/> Convivente more uxorio <input type="radio"/> Figlio/a <input type="radio"/> Genitore <input type="radio"/> Fratello/Sorella <input type="radio"/> altro (specificare) <input type="text"/>	
A causa di <i>selezionare una sola casella</i>	<input type="radio"/> Circostanza/ Evento Straordinario		
	<input type="radio"/> Malattia	<input type="radio"/> Temporaneo <input type="radio"/> Permanente	<i>selezionare una sola casella</i>
	<input type="radio"/> Infortunio	<input type="radio"/> Temporaneo <input type="radio"/> Permanente	<i>selezionare una sola casella</i>

(Compilare obbligatoriamente in ogni sua parte)

SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA

A TAL FINE DICHIARA*ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000*

Circostanza/Evento <i>selezionare una sola casella</i>	Descrizione evento , che ha originato la richiesta e generato rilevante incidenza sul bilancio familiare a causa di circostanze o eventi straordinari, malattia o infortunio di carattere acuto e temporaneo o di carattere permanente, ivi comprese le patologie di interesse oncologico e da immunodeficienza acquisita, per l'assistenza domiciliare
<input type="radio"/> Straordinario²	<div style="border: 1px solid black; height: 100%;"></div>
<input type="radio"/> Malattia	<div style="border: 1px solid black; height: 100%;"></div>
<input type="radio"/> Infortunio	<div style="border: 1px solid black; height: 100%;"></div>

(Compilare obbligatoriamente)

Per le spese effettivamente sostenute che hanno generato rilevante incidenza sul bilancio familiare	
<i>selezionare una sola casella</i>	<input type="radio"/> di non aver già usufruito di ulteriori contributi o rimborsi, a qualsiasi titolo e da chiunque erogati <input type="radio"/> di aver già usufruito di ulteriori contributi/rimborsi - per un importo totale pari ad €: <input type="text"/> - erogati da: <input type="text"/>
Importo totale in euro (*)	<input type="text"/>

*(Compilare obbligatoriamente)***(*) ATTENZIONE**

Per spesa effettivamente sostenuta si intende quella **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

- 1) di essere in possesso della regolarità della posizione contributiva e dichiarativa (Mod.2), come previsto dal bando di riferimento;
- 2) che il reddito familiare, risultante dall'Indicatore della situazione economica equivalente (modello ISEE allegato), non è superiore a 60 volte il contributo soggettivo minimo vigente nell'anno di presentazione della domanda stessa ed è pari a euro ;
- 3) di non aver richiesto la restituzione o la ricongiunzione verso altro Ente di Previdenza obbligatorio del montante contributivo;

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

luogo e data

Firma del/della dichiarante

Allega 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	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>					

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

luogo e data

Firma del/della dichiarante

SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA

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. fotocopia del codice fiscale del richiedente;
4. certificazione del nucleo familiare come risultante dallo stato di famiglia alla data della richiesta;
5. certificazione medica da cui risultino i motivi e la durata dei requisiti che danno luogo al riconoscimento del relativo sussidio;
6. copia della documentazione fiscale/contabile e dei giustificativi di pagamento (esempio distinte, bonifici, ricevute, estratti conto ecc.), attestanti le spese sostenute per cui si chiede il sussidio.
La documentazione da allegare deve avere l'indicazione che la spesa oggetto del rimborso è stata effettuata dal richiedente il sussidio, con la specifica della tipologia della prestazione professionale di cui si è avvalsi;
7. documentazione dei contributi o rimborsi eventualmente ottenuti da altri enti pubblici o privati;
8. documentazione comprovante la circostanza o evento straordinario, malattia o infortunio di carattere acuto e temporaneo e di carattere permanente, compresa certificazione medica, se lo stato di bisogno è collegato a infortunio o malattia.
La documentazione dovrà contenere la data di insorgenza dell'evento straordinario e, in caso di documentazione medica dovrà essere presente 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;
9. In caso di presentazione domanda da parte di superstiti: 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), 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;
3. Non hanno diritto al sussidio i soggetti 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;
6. Il sussidio viene erogato in relazione alle spese effettivamente sostenute per assistenza domiciliare. Per spesa effettivamente sostenuta si intende quella al netto di contributi e/o rimborsi ottenuti da altri enti pubblici o altre entità private

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.

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**