

## RICHIESTA SUSSIDIO PER CONCORSO NELLE SPESE DI OSPITALITÀ IN CASE DI RIPOSO PER ANZIANI, PER MALATI CRONICI E/O LUNGODEGENTI O PER PORTATORI DI HANDICAP

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		
<a href="#">selezionare una sola casella</a>		<b>N° Matricola</b>
<input type="radio"/>	<b>a) Iscritto contribuente EPAP</b> , ovvero iscritto pensionato EPAP, sul quale grava l'obbligo del versamento di tutti i contributi obbligatori	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<input type="radio"/>	<b>b) Pensionato EPAP</b> 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 style="width: 80%;" type="text"/>
<a href="#">selezionare una sola casella</a>	<input type="radio"/> <b>c) Superstite<sup>1</sup> dell'Iscritto</b>	<input type="radio"/> <b>d) Superstite<sup>1</sup> del pensionato</b>
Cognome Iscritto	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nome Iscritto	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Codice Fiscale Iscritto	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
N° Matr. Iscritto	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Parentela nel Nucleo Familiare <sup>1</sup>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

*(Compilare obbligatoriamente in ogni sua parte)*

- **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.

## CHIEDE

l'erogazione del sussidio in relazione alle spese effettivamente sostenute,  
con particolare incidenza sul bilancio familiare,  
a seguito del ricovero dell'iscritto o dei componenti del nucleo familiare  
per spese di ospitalità in case di riposo  
per anziani, per malati cronici e/o lungodegenti o per portatori di handicap

INDICARE ISCRITTO/COMPONENTE NUCLEO FAMILIARE PER IL QUALE SONO STATE SOSTENUTE LE SPESE	
<b>Cognome</b>	<input type="text"/>
<b>Nome</b>	<input type="text"/>
<b>Codice Fiscale</b>	<input type="text"/>
<b>Relazione con l'iscritto</b> <i>selezionare una sola casella</i>	<i>compilazione a cura 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 <i>(specificare)</i> <input type="text"/>

<b>presso la casa di cura /riposo</b> <i>selezionare una sola casella</i>	<input type="radio"/> per anzianità <input type="radio"/> per malattia cronica e/o lungodegenza <input type="radio"/> per disabilità
<b>Tipologia struttura</b> <i>selezionare una sola casella</i>	<input type="radio"/> Pubblica <input type="radio"/> Privata
<b>Nome struttura</b>	<input type="text"/>

*(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

Per le spese effettivamente sostenute che hanno generato rilevante incidenza sul bilancio familiare	
selezionare una sola casella	<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"/>

### (\*) ATTENZIONE

Per spesa effettivamente sostenuta si intende quella al netto di contributi e/o rimborsi ottenuti da altri enti pubblici o altre entità private.

## 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**

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

**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](http://www.epap.it).

luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del/della dichiarante (consenso esplicito)

//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*

SUSS\_CRIP

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. documentazione della struttura comprovante l'autorizzazione all'esercizio dell'attività come Casa di riposo;
7. certificazione medica rilasciata dal medico curante, ovvero da Struttura Sanitaria Pubblica, da cui risulti lo stato di autosufficienza o non autosufficienza del ricoverato;
8. copia della documentazione fiscale/contabile e dei giustificativi di pagamento (distinte, bonifici, ricevute, estratti conto ecc.), attestanti le spese effettivamente 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;
9. documentazione dei contributi o rimborsi eventualmente ottenuti da altri enti pubblici o privati;
10. 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), 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 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 ospitalità in case di riposo per anziani, per malati cronici e/o lungodegenti o per portatori di handicap. 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 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)