

Domanda di CONTRIBUTO per il SOSTEGNO ALLA MATERNITÀ **per gli eventi occorsi dal 1 gennaio al 31 dicembre 2025**

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"

☐ Latte ad uso pediatrico	☐ Omogeneizzati, alimenti e integratori per la 1° infanzia
☐ Pannolini	☐ Presidi per la cura del bambino
☐ Abbigliamento per la prima infanzia	☐ Marsupio ed accessori per la gestione del neonato
☐ Carrozzina (*)	☐ Passeggino (*)
☐ Seggiolino auto (*) (per la quota eccedente l'eventuale contributo statale)	☐ Culla (*)
☐ Vaschetta per il bagno (*)	☐ Fasciatoio (*)
☐ Biancheria per bambini da letto e da bagno	☐ Accessori per l'infanzia (biberon, tiralatte, tettarelle, sterilizzatori ecc. esclusi giochi)
☐ Medicinali pediatrici	☐ In caso di adozioni o affidamenti: mobilio per la camera da letto e abbigliamento

(*) un solo pezzo ⁶

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

TABELLA "B"

☐ Spese per ricoveri in istituti di cura	☐ Prestazioni mediche correlate agli eventi oggetto di sostegno
☐ Accertamenti diagnostici	☐ Visite ginecologiche o urologiche
☐ Fisioterapie riabilitative del pavimento pelvico	☐ Terapie specifiche
☐ Colloqui psicologici post parto	☐ Analisi clinico chimiche specifiche
☐ Test prenatali	☐ Ecografie, ecocardiografie
☐ 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 dall'EPAP e vigenti al momento della presentazione della domanda (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

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

DICHIARA altresì:

☐ che per le suddette spese non ha già usufruito di ulteriori contributi o rimborsi, a qualsiasi titolo e da chiunque erogati

Oppure

☐ che per le suddette spese usufruisce di ulteriori contributi/rimborsi* per un importo

totale pari ad €.

recuperati da

* la detrazione delle spese sanitarie fiscali è considerata come rimborso parziale ottenuto e l'iscritto può chiedere all'EPAP l'importo residuo rimasto effettivamente a suo carico.

Inoltre, chiede che, se nel diritto, la liquidazione Le venga corrisposta tramite accredito sul c/c bancario (o postale), intestato (o cointestato) all'interessata, sulle seguenti coordinate IBAN (desumibili dall'estratto conto bancario o presso la propria Banca):

[illegible]

LETTO CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

--

luogo e data

Firma della dichiarante

ALLEGA copia fotostatica di un documento di identità valido

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

lo sottoscritto

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 della dichiarante (consenso esplicito)

ATTENZIONE:

Per la presentazione della domanda si deve utilizzare esclusivamente il presente modulo predisposto dall'EPAP.

Il modulo deve essere inviato all'ENTE tramite PEC corredato della relativa documentazione per tipologia di evento e di spesa oggetto di rimborso, come indicato nel modello, a pena di inammissibilità della spesa non correttamente documentata o della domanda stessa se non correttamente compilata o non completa della documentazione richiesta.