

## RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER SOGGIORNO IN CASA DI RIPOSO

Il/La Sottoscritto/a

\_\_\_\_\_  
Cognome e Nome

\_\_\_\_\_  
Codice fiscale

Specificare se (barrare l'ipotesi che ricorre):

- iscritto EPAP                       pensionato EPAP  
 superstite dell'iscritto         superstite del pensionato  
 componente della famiglia come risultante dallo stato di famiglia e precisamente <sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Indicare l'iscritto/pensionato:

\_\_\_\_\_  
Cognome e Nome

\_\_\_\_\_  
Codice fiscale

### CHIEDE

l'erogazione del sussidio in relazione alle spese effettivamente sostenute per il soggiorno presso la casa di riposo

\_\_\_\_\_  
Cognome e Nome

\_\_\_\_\_  
Codice fiscale

Per il soggiorno presso la casa di cura/riposo     pubblica                       privata

\_\_\_\_\_  
Nome struttura

IL/LA SOTTOSCRITTO/A È CONSAPEVOLE CHE L'EPAP SI RISERVA LA FACOLTÀ DI RICHIEDERE ULTERIORE INTEGRAZIONE ALLA DOCUMENTAZIONE E DI ESSERE A CONOSCENZA INOLTRE CHE L'EPAP SI RISERVA DI PROCEDERE, ANCHE A CAMPIONE, ALLE VERIFICHE RITENUTE OPPORTUNE PRESSO LE COMPETENTI STRUTTURE.

Chiede infine che il contributo sia erogato mediante:

- bonifico domiciliato** presso qualsiasi ufficio postale;  
*(per il ritiro delle somme spettanti è necessario recarsi presso un qualsiasi ufficio postale muniti di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale entro il termine comunicato dai nostri Uffici)*
- bonifico bancario**, con le seguenti coordinate:

\_\_\_\_\_  
Banca

\_\_\_\_\_  
Filiale

\_\_\_\_\_  
Intestatario

\_\_\_\_\_  
IBAN

<sup>1</sup> Coniuge, convivente more uxorio, figlio/a, genitore, nonno/a, fratello/sorella, nipote, zio/a, cognato/a, suocero/a, genero/nuora.

Documentazione allegata alla domanda (*obbligatoria*):

- 1 - copia della dichiarazione dei redditi di ciascun componente il nucleo familiare percepiti nell'anno precedente la presentazione della domanda;
- 2 - copia di un documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- 3 - fotocopia del tesserino del codice fiscale del richiedente;
- 4 - certificazione del nucleo familiare come risultante dallo stato di famiglia alla data della richiesta ovvero autocertificazione;
- 5 - documentazione fiscale rilasciata dalla casa di cura/riposo attestante le spese di ricovero;
- 6 - documentazione dei contributi o rimborsi eventualmente ottenuti da altri enti pubblici o privati ovvero autocertificazione della inesistenza dei suddetti contributi, effettuata secondo modello allegato;
- 7 - documentazione della struttura comprovante l'autorizzazione all'esercizio dell'attività come casa di cura/riposo;
- 8 - certificazione medica da cui risulti lo stato di autosufficienza o non autosufficienza del ricoverato.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

#### **INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

*La informiamo che, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, i dati e le informazioni richiesti verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio manuali ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati non saranno diffusi. Fermo restando il divieto di cui all'art. 26 comma 5 del D.Lgs. 196/2003, i Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione, allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, nei limiti stabiliti dal leggi o regolamenti.*

*In ogni momento la S.V. potrà accedere a tali dati chiedendone la modifica, l'aggiornamento ovvero la cancellazione.*

*Titolare del trattamento è l'EPAP, Via del Tritone 169 – 00187 Roma. Il responsabile del trattamento è il Presidente dell'Ente.*

#### **AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI**

*Il/la sottoscritto/a, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.Lgs. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente AUTORIZZA il TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, eventualmente comunicati a soggetti terzi in relazione a specifici incarichi per servizi bancari, finanziari o assicurativi; attività di lavorazione a stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni agli assicurati; servizi informatici o assistenza telefonica; archiviazione per conto dell'Ente, ed AUTORIZZA, inoltre, il TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI, già acquisiti o che saranno acquisiti dall'Ente a seguito delle indicazioni o dei contratti indicati dall'informativa, sempre nei limiti in cui gli stessi siano strumentali per la specifica finalità perseguita dall'operazione o dai servizi da me richiesti.*

AUTORIZZO     NON AUTORIZZO

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

#### **CONDIZIONI GENERALI**

##### **EROGAZIONE DEL SUSSIDIO**

- reddito familiare percepito nell'anno precedente la presentazione della domanda non superiore a 60 volte il contributo soggettivo minimo vigente nell'anno di presentazione della domanda;
- non aver richiesto la restituzione del montante;
- non versare il solo contributo integrativo;
- essere in regola con la posizione contributiva fino all'anno precedente a quello di presentazione della domanda.

##### **PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

La domanda per l'erogazione del contributo deve essere presentata dietro compilazione del presente modulo entro 180 giorni dal verificarsi del requisito che ne è stato causa. La stessa dovrà pervenire all'Ente a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo:

**EPAP – VIA VICENZA 7 00185 ROMA**