

## Richiesta di Contributo per ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Specificare se (barrare l'ipotesi che ricorre):

Iscritto EPAP;  pensionato EPAP;  superstite dell'iscritto;  superstite del pensionato.

Specificare l'iscritto/pensionato:

Cognome e Nome

Codice Fiscale

### CHIEDE

l'erogazione del sussidio in relazione alle spese effettivamente sostenute, per assistenza domiciliare prestata alla propria persona ovvero al/ai componente/i il nucleo familiare di seguito indicati:

Cognome e Nome

Codice Fiscale:

Relazione con il capofamiglia<sup>1</sup>:

a causa di malattia o infortunio:  permanente;  temporaneo;

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 bancario**, sulle seguenti coordinate IBAN:

IBAN (27 caratteri):

### LETTO CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

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

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 attestante le spese sostenute per l'assistenza domiciliare;
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. certificazione medica da cui risultino i motivi e la durata dei requisiti che danno luogo al riconoscimento del relativo sussidio;
8. relazione nella quale viene indicata la tipologia dell'evento causa della richiesta.

luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

---

**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 richiedente (consenso esplicito)

---

**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 per PEC all'indirizzo [epap@epap.sicurezza postale.it](mailto:epap@epap.sicurezza postale.it), o per posta a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo: EPAP - VIA VICENZA 7 - 00185 ROMA