epap ENTE DI PREVIDENZA ED ASSISTENZA PLURICATEGORIALE

Via Vicenza, 7 - 00185 Roma
Tel: 06 69.64.51 - Fax: 06 69.64.555
E-mail: info@epap.it - Sito web: www.epap.it
Codice fiscale: 97149120582

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 COMPRESE 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° Matr.**
☐ **a) Iscritto contribuente EPAP**, ovvero iscritto pensionato EPAP, sul quale grava l'obbligo del versamento di tutti i contributi obbligatori	
☐ **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	

selezionare una sola casella	☐ **c) Superstite[1] Iscritto**	☐ **d) Superstite[1] pensionato EPAP**
Cognome Iscritto		
Nome Iscritto		
Codice Fiscale Iscritto		
N° Matr. Iscritto		
Parentela nel Nucleo Familiare[1]		

(compilare obbligatoriamente in ogni sua parte)

[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

- **VISTA LA DEFINIZIONE DI CIRCOSTANZA/EVENTO STRAORDINARIO CHE DA LUOGO ALL'EROGAZIONE DEL SUSSIDIO** [(2)]
- **VISTI I REQUISITI NECESSARI PER L'ACCESSO ALLA PRESTAZIONE**
- **VISTE LE CONDIZIONI DI GRAVE DISAGIO ECONOMICO SCATURITE**

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			
Nome			
Codice Fiscale			
Relazione con l'Iscritto *selezionare una sola casella*	***compilazione in caso di soggetto diverso dall'iscritto***	☐ **Coniuge** ☐ **Convivente more uxorio** ☐ **Figlio/a** ☐ **Genitore** ☐ **Fratello/Sorella** ☐ **altro** *specificare)*_____	
A causa di *selezionare una sola casella*	☐ **Circostanza/ Evento Straordinario**		
	☐ **Malattia**	☐ **Temporaneo** ☐ **Permanente**	*selezionare una sola casella*
	☐ **Infortunio**	☐ **Temporaneo** ☐ **Permanente**	*selezionare una sola casella*

(compilare obbligatoriamente in ogni sua parte)

[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.*

A TALE FINE DICHIARA

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000

Circostanza/Evento *selezionare una sola casella*	**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**
☐ **Straordinario** (2)	
☐ **Malattia**	
☐ **Infortunio**	

(compilare obbligatoriamente)

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

(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.*

DICHIARA INOLTRE

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000

a. di essere in possesso della regolarità della posizione contributiva e dichiarativa (*Mod.2*), fino all'anno precedente a quello di presentazione dell'istanza[3];

b. 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_____;

c. 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 identita valido

[3] ***Ai fini della presentazione della domanda di sussidio*** *per regolarità della posizione contributiva e dichiarativa, fino all'anno precedente a quello di presentazione dell'istanza si intende:*
1) aver presentato tutti i modelli 2 (Mod.2) dovuti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente la presentazione della domanda
2) aver versato tutti i contributi dovuti al 31 dicembre dell'anno precedente la presentazione della domanda, compresi gli acconti e le rate di eventuali rateizzazioni dovute a tale data.

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.

_____ _____

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

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 ci 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 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), fino all'anno precedente a quello di presentazione dell'istanza da parte dell'iscritto;
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, 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**, o per posta a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo: EPAP - VIA VICENZA 7 - 00185 ROMA