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 DI SUSSIDIO IN FAVORE DI ISCRITTI CON FIGLI IN ASILO NIDO

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*		
☐ **a) Iscritto contribuente EPAP** sul quale grava l'obbligo del versamento di tutti i contributi obbligatori[1]		**N° Matr.**
☐ **b) Superstite[2] Iscritto contribuente**	Cognome Iscritto	
	Nome Iscritto	
	Codice Fiscale Iscritto	
	N° Matr. Iscritto	
	Parentela nel Nucleo Familiare[2]	

(compilare obbligatoriamente in ogni sua parte)

- **VISTO IL BANDO DI RIFERIMENTO**
- **VISTI I REQUISITI NECESSARI PER L'ACCESSO AL SUSSIDIO**

CHIEDE

l'erogazione del sussidio a rimborso di spese effettivamente sostenute per rette di asilo nido

---

[1] *Si considerano iscritti contribuenti anche coloro che nel corso dell'anno hanno cessato l'attività o si sono cancellati dall'albo, purché contribuenti nell'anno antecedente la domanda di sussidio.*

[2] *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

INDICARE IL NUMERO DI FIGLI PER QUALE SI RICHIEDE IL SUSSIDIO ASILO NIDO	☐ **1 figlio**	
	☐ **2 figli**	
	☐ **3 figli**	
	☐ **4 figli**	
INDICARE I DATI ANAGRAFICI DEL FIGLIO PER QUALE SI RICHIEDE IL SUSSIDIO ASILO NIDO	**N° 1**	Cognome e Nome
		Codice fiscale
		Anno scolastico frequentato ☐☐☐☐ / ☐☐☐☐ (AAAA/AAAA)
		Presso la struttura educativa
	N° 2	Cognome e Nome
		Codice fiscale
		Anno scolastico frequentato ☐☐☐☐ / ☐☐☐☐ (AAAA/AAAA)
		Presso la struttura educativa
	N° 3	Cognome e Nome
		Codice fiscale
		Anno scolastico frequentato ☐☐☐☐ / ☐☐☐☐ (AAAA/AAAA)
		Presso la struttura educativa
	N° 4	Cognome e Nome
		Codice fiscale
		Anno scolastico frequentato ☐☐☐☐ / ☐☐☐☐ (AAAA/AAAA)
		Presso la struttura educativa
INDICARE PRESENZA DI FIGLIO/I DISABILE/I PER IL QUALE SI RICHIEDE IL SUSSIDIO	☐ SI / ☐ NO	

(compilare obbligatoriamente)

epap

A TAL FINE DICHIARA

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*), fino all'anno precedente a quello di presentazione dell'istanza[3];

2) di non aver già richiesto all'EPAP analogo contributo per lo stesso anno scolastico;

3)	*selezionare una sola casella*	☐ **di non aver beneficiato e di non beneficiare di sussidi, da chiunque erogati, in relazione al medesimo intervento assistenziale**
		☐ **di aver beneficiato e di beneficiare di sussidi, in relazione al medesimo intervento assistenziale** - *per un importo totale pari ad €: _____* - *erogati da: _____*
	Importo totale in euro della spesa effettivamente sostenuta (*)	

(compilare obbligatoriamente)

(*) ATTENZIONE

*Per **spesa effettivamente sostenuta**: indicare l'importo totale **al netto di contributi** e/o rimborsi ottenuti da altri enti pubblici o altre entità private*

[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.

DICHIARA* INOLTRE

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

numero di figli minori a carico presenti nel nucleo familiare	Reddito familiare, risultante dall'Indicatore della situazione economica equivalente (*modello ISEE allegato*), non è superiore a:	Indicare Importo Reddito familiare *(importo in euro)*
meno di 3	☐ **60 volte** il contributo soggettivo minimo vigente nell'anno di presentazione della domanda stessa	_____
3	☐ **70 volte** il contributo soggettivo minimo vigente nell'anno di presentazione della domanda stessa	_____
4	☐ **80 volte** il contributo soggettivo minimo vigente nell'anno di presentazione della domanda stessa	_____
5	☐ **90 volte** il contributo soggettivo minimo vigente nell'anno di presentazione della domanda stessa	_____
oltre 5	☐ **100 volte** il contributo soggettivo minimo vigente nell'anno di presentazione della domanda stessa	_____

(*) ATTENZIONE

Tale dichiarazione non va compilata nel caso di documentata disabilità del/i figlio/i per il/i quale/i si richiede il sussidio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

_____ _____

Luogo e Data Firma del/della dichiarante

Allega copia fotostatica del documento di identita valido

epap

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

epap

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. certificazione dello stato di famiglia dell'interessato alla data della domanda;
4. fotocopia del codice fiscale del richiedente;
5. certificato della struttura educativa attestante la frequenza del figlio all'asilo nido per l'anno scolastico di riferimento della domanda;
6. Copia della documentazione fiscale/contabile e dei giustificativi di pagamento *(esempio distinte, bonifici, ricevute, estratti conto ecc.*), attestanti le spese sostenute per le rette di frequenza all'asilo nido per cui si chiede il sussidio, da parte di uno dei genitori appartenenti al nucleo familiare del figlio;
7. *In caso di presentazione domanda* ***da parte di superstite***: certificato di morte o atto sostitutivo di notorietà di morte dell'iscritto;
8. *Nel caso di deroga ai limiti reddituali di cui all'art. 3 del bando di riferimento o di richiesta del punteggio massimo di cui all'art. 7 del suddetto bando*: certificazione attestante lo stato di disabilità del figlio per il quale si richiede il contributo.

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. Detto limite reddituale è derogato esclusivamente nel caso di documentata disabilità del figlio per il quale si richiede il contributo;
3. Per nuclei familiari con più di due figli minori a carico, il suddetto limite reddituale è innalzato con la seguente progressione:
   - 3 figli 70 volte il contributo soggettivo minimo vigente
   - 4 figli 80 volte il contributo soggettivo minimo vigente
   - 5 figli 90 volte il contributo soggettivo minimo vigente
   - oltre 5 figli 100 volte il contributo soggettivo minimo vigente
4. Il sussidio può essere erogato una sola volta per ogni anno scolastico nei limiti di cui al art. 6 del bando di riferimento.

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di sussidio deve essere presentata **entro e non oltre 180 giorni** dal termine dell'anno scolastico per il quale si chiede il contributo.

L*a 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