



**DOMANDA DI SUSSIDIO PER L'EROGAZIONE DI BENEFICI
ECONOMICI AL PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ C.F. _____ matricola n. _____
per spese sostenute nell'anno 2021

CHIEDE

l'erogazione del sussidio per il seguente motivo:

(Art. 5 lett. a) del Regolamento - **DECESSO DEL CONIUGE E/O O DEL CONVIVENTE RISULTANTE DALLO STATO DI FAMIGLIA E/O DI UN FAMILIARE, FINO AL SECONDO GRADO DI PARENTELA, DEL DIPENDENTE** (Indicare cognome e nome del coniuge e/o convivente o del familiare e relazione di parentela):

(Art. 5 lett. b) del Regolamento - **MALATTIE DEL DIPENDENTE E/O DEI FIGLI E DEL CONIUGE A CARICO DEL MEDESIMO DI PARTICOLARE GRAVITÀ, CRONICHE O INVALIDANTI CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA E CURA ANCHE NON COPERTE O PARZIALMENTE COPERTE DA CONTRIBUZIONE SOCIO-SANITARIA NAZIONALE, LA CUI ATTESTAZIONE SULLO STATO DI GRAVITÀ È RILASCIATA DA STRUTTURA PUBBLICA O EQUIPARATA** (Nel caso il rimborso sia chiesto per il/ i figlio/i e/o il coniuge a carico indicare di seguito cognome e nome):

(Art. 5 lett. c) del Regolamento - **SPESE MEDICHE DI TIPO SPECIALISTICO, COMPRESSE PROTESI DI QUALSIASI GENERE, CURE DENTARIE, RIABILITATIVE, SOSTENUTE DAL DIPENDENTE PER SÉ E/O PER I FIGLI A CARICO, PRESTATE IN QUALSIASI STRUTTURA SANITARIA** (Nel caso il rimborso sia chiesto per il/ i figlio/i a carico indicare di seguito cognome e nome):

(Art. 5 lett. d) del Regolamento - **SPESE RELATIVE AD ASILI NIDO PUBBLICI O PRIVATI SOSTENUTE DAL DIPENDENTE E/O DAL CONIUGE PER FIGLI A CARICO** (Indicare cognome e nome del figlio, il nome dell'asilo, la sede e se si tratta di struttura pubblica o privata):

(Art. 5 lett. e) del Regolamento: **SPESE SOSTENUTE PER L'ASSISTENZA E LA CURA DIRETTA DI FAMILIARI ENTRO IL SECONDO GRADO DI PARENTELA ATTRAVERSO L'IMPIEGO DI PERSONALE A CIÒ ADDETTO O IL RICOVERO IN STRUTTURE A CIÒ PREPOSTE:**

- Indicare cognome, nome del familiare e relazione di parentela: _____

- Indicare: cognome e nome del personale addetto alla cura o la denominazione della struttura dove è stato ricoverato il familiare: _____



INOLTRE CHIEDE

in aggiunta alla causale di cui alla lett. _____ dell'art. 5 del Regolamento⁽¹⁾

(Art. 5 lett. f) del Regolamento: **ALTRI EVENTI, MOTIVATI E DOCUMENTATI, NON COMPRESI NEI PUNTI PRECEDENTI CHE DETERMININO SITUAZIONI DI DISAGIO ECONOMICO NEI DIPENDENTI CON UN REDDITO ISEE INFERIORE A 20.000 EURO.**

Specificare gli eventi non dipendenti dalla volontà del richiedente che hanno determinato ulteriori spese e quindi situazioni di disagio economico:

A tal fine, il sottoscritto dichiara:

che per il proprio nucleo familiare è stata presentata una sola domanda;

di aver prestato servizio per l'intero anno solare 2021

oppure

di aver prestato servizio dal _____ al _____

Si allega la seguente documentazione:

Certificazione ISEE in corso di validità alla data di scadenza della domanda;

Attestazione sullo stato di gravità rilasciata da struttura pubblica o equiparata (Causale B);

Copia della documentazione fiscale relativa alle spese sostenute nell'anno 2021 per le quali si chiede il rimborso²⁾;

Copia delle ricevute di spesa intestate al dipendente e sostenute per gli asili nido;

Copia delle ricevute di spesa intestate al dipendente e sostenute per l'assistenza dei familiari;

Mod. A - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che le fotocopie dei titoli di spesa allegati sono conformi agli originali, (fatture/ricevute fiscali/scontrini ecc) con l'indicazione delle spese sanitarie sostenute nell'ambito della legge 5/2/1992, n. 104;

Mod. B - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che la spesa non è stata oggetto di altri sussidi o rimborsi assicurativi ed attestante, altresì, lo stato di figlio a carico o di coniuge a carico del dipendente, qualora il rimborso sia richiesto anche per spese sostenute per i figli o per il coniuge;

Mod. C - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante lo stato di famiglia nell'anno 2021;

Mod. D - Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, da compilare a cura dei figli maggiorenni a carico e/o del coniuge a carico del dipendente qualora il rimborso sia

⁽¹⁾ Se richiesta anche altra causale di spesa, indicarne la fattispecie (A - B - C - D o E dell'art. 5 del Regolamento)

⁽²⁾ (Le ricevute devono essere intestate al dipendente ad eccezione delle causali B e C, qualora la spesa sia stata sostenuta per i figli o/e per il coniuge a carico)



richiesto anche per le loro spese;

Mod. E – Elenco dettagliato delle spese di cui si richiede il rimborso.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445). Nel caso sia già stato erogato il rimborso, l'importo dello stesso sarà recuperato attraverso addebito stipendiale sulle retribuzioni successive alla comunicazione di esito negativo dell'accertamento. Sarà preclusa l'erogazione del beneficio per i successivi 2 anni.

Data _____

Firma
