



All'Associazione
Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza
a favore dei Ragionieri e Periti commerciali
Via Pinciana, 35 - 00198 Roma
AREA PRESTAZIONI - ASSISTENZA

Data

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DEL RIMBORSO SPESE PER ASSISTENZA DOMICILIARE

(Articolo 5-ter del Regolamento dei trattamenti assistenziali e di tutela sanitaria integrativa)

Da inviare tramite raccomandata a/r o via e-mail pec a: assistenza@pec.cassaragionieri.it

IO SOTTOSCRITTO / A

MATRICOLA Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Residente in Via/Piazza

Comune Prov. CAP

Con studio in Via/Piazza

Comune Prov. CAP

Telefono Cellulare Fax

E-mail E-mail PEC

In qualità di: ISCRITTO CNPR PENSIONATO CNPR

CHIEDO

trovandomi nelle condizioni previste all'Art. 5-ter del Regolamento per i trattamenti assistenziali e di tutela sanitaria integrativa,
il riconoscimento del rimborso spese per l'assistenza domiciliare per la persona non autosufficiente di seguito indicata:

ME MEDESIMO

CONIUGE

Sig./Sig.ra

nato/a il: Cod. Fiscale:

FIGLIO/A

Sig./Sig.ra

nato/a il: Cod. Fiscale:

GENITORE

Sig./Sig.ra

nato/a il: Cod. Fiscale:

Dichiaro infine che la media del reddito complessivo Irpef del nucleo familiare dei tre anni precedenti l'evento è pari a €

segue >

ALLEGRO

- Copia (*fronte e retro*) di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità.
- Certificato di stato di famiglia del richiedente rilasciato in data non antecedente a tre mesi contenente il nominativo della persona destinataria dell'assistenza domiciliare/infermieristica (*certificato non sostituibile da autocertificazione*).
- Copia del tesserino del codice fiscale o della tessera sanitaria di tutti i componenti il nucleo familiare del richiedente.
- Copia della sentenza di separazione, se intervenuta.
- Certificazione medica, rilasciata da una struttura pubblica, idonea a comprovare l'impossibilità totale, permanente o temporanea, di poter effettuare da solo almeno tre dei seguenti quattro atti della vita quotidiana: lavarsi, nutrirsi, deambulare e vestirsi, della persona per la quale si chiede il contributo.
- Documentazione fiscale idonea, rilasciata dal personale infermieristico che ha prestato l'assistenza domiciliare, contenente il dettaglio della prestazione o il costo mensile o annuale.
- Copia del contratto di lavoro del collaboratore domestico.
- Copia delle ricevute di pagamento delle mensilità.
- Copia delle ricevute comprovanti il pagamento dei contributi previdenziali dovuti per il periodo oggetto della prestazione.
- Copia certificazione rilasciata dalla commissione medica istituita ai sensi dell'art.1 della Legge 15/10/1990, come previsto dall'articolo 4 della Legge 5/2/1992 n. 104 (*obbligatorio se è stata barrata l'ipotesi che nel nucleo familiare sono previsti uno o più figli portatori di handicap o malattie invalidanti*).

CHIEDO

che l'assegno venga corrisposto tramite accredito su conto corrente bancario o postale a me intestato:

Cognome e Nome:

IBAN:

Banca/Posta:

Agenzia:

Letta l'informativa artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 [\[link diretto al sito\]](#), rendo tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e mi impegno a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.

Firma