

DOMANDA DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO PER SPESE DI ASSISTENZA DOMICILIARE

art. 50 del Regolamento Unitario

Il/la sottoscritt _____ nat _____ il
|_|_|/|_|_|/|_|_| a _____, (prov. _____),
codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, in qualità di:

iscritt _____ alla CNPADC;

pensionat _____ della CNPADC;

CHIEDE

***(la domanda deve essere presentata entro il 31.12 dell'anno successivo a quello di sostenimento della
spesa a pena di inammissibilità)***

il riconoscimento del contributo economico per le spese sostenute per l'assistenza domiciliare, ricevuta da personale sanitario o da collaboratori domestici, per la persona non autosufficiente di seguito indicata:

(barrare l'ipotesi che ricorre)

IL/LA SOTTOSCRITT _____;

CONIUGE

Sig./Sig.ra _____, nat _____,
il |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|, a _____,
codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|;

FIGLIO

Sig./Sig.ra _____, nat _____,
il |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|, a _____,
codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|;

GENITORE

Sig./Sig.ra _____, nat _____,
il |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|, a _____,
codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|;

FRATELLO/SORELLA DELL'ISCRITTO NON PENSIONATO

Sig./Sig.ra _____, nat _____,
il |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|, a _____,
codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|;

FRATELLO/SORELLA DEL PENSIONATO DI INVALIDITA' DELLA CASSA

Sig./Sig.ra _____, nat _____,
il |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|, a _____,
codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|;



A tal fine, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

che nel nucleo familiare sono presenti uno o più figli portatori di handicap o malattie invalidanti (**barrare l'ipotesi solo se ricorre**):

- [illegible]

ALLEGA

- copia documento di identità o di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- **certificato** di stato di famiglia del **richiedente** rilasciato in data non antecedente a tre mesi contenente il nominativo della persona destinataria dell’assistenza domiciliare/sanitaria **o dichiarazione** sostitutiva di certificazione di stato di famiglia contenente il nominativo della persona destinataria dell’assistenza domiciliare/sanitaria come da Modello 1/A (disponibile tra la modulistica sezione “Dichiarazioni Sostitutive”);
- 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 sanitario che ha prestato l’assistenza domiciliare, contenente il dettaglio della prestazione e 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 n. 295, come previsto dall’art. 4 della legge 5/2/1992 n. 104 (***obbligatorio se è stata barrata l’ipotesi che nel nucleo familiare sono presenti uno o più figli portatori di handicap o malattie invalidanti***).

Tutte le comunicazioni tra la CNPADC e i Professionisti possono essere inviate e ricevute tramite posta elettronica certificata (PEC). A tal fine nell'area riservata ai Professionisti sul sito www.cnpadc.it è possibile fornire l'indirizzo PEC per ricevere dalla Cassa comunicazioni, avvisi certificati ed altre informazioni di carattere istituzionale.

Data |_|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Firma _____
(per esteso e leggibile)

Il/la sottoscritt____, letta l'informativa sul trattamento dei dati pubblicata sul sito www.cnpadc.it, autorizza espressamente il trattamento dei propri dati relativi a categorie particolari (così come definiti ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. a) del Regolamento UE 679/2016), da parte della CNPADC per la gestione e la corretta esecuzione della presente domanda.

Data |_|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Firma _____
(per esteso e leggibile)

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte ed inviato alla CNPADC tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo servizio.supporto@pec.cnpadc.it o tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1, 00198.

Nell'area riservata ai dottori commercialisti del sito www.cnpadc.it è disponibile il servizio online **"STD - Segui la tua domanda"** per conoscere in tempo reale lo stato di avanzamento della lavorazione della domanda. Per accedere ai servizi online è necessario essere in possesso del codice fiscale e del codice PIN.

Per firmare il modulo con Firma Digitale, occorre salvare il file, e sovrascriverlo, ogni qualvolta all'inserimento della Smart Card l'applicazione Adobe Acrobat ne farà richiesta. Una volta salvato il modulo con entrambe le firme digitali, si potrà provvedere all'invio tramite Posta Elettronica Certificata PEC.

vers.agg. 03/09/2025