Cassa Dottori Commercialisti

DOMANDA DI EROGAZIONE CONTRIBUTO PER SPESE DI OSPITALITA' IN CASE DI RIPOSO O ISTITUTI DI RICOVERO PER ANZIANI, MALATI CRONICI O LUNGODEGENTI

art. 51 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 dicembre dell'anno successivo a quello di soggiorno in casa di riposo o istituti di ricovero per anziani, malati cronici o lungodegenti)

il riconoscimento del contributo per spese di ospitalità in case di riposo o istituti di ricovero pubblici o privati per anziani, malati cronici o lungodegenti, per la persona di seguito indicata: ***(barrare l'ipotesi che ricorre)***

☑ **IL/LA SOTTOSCRITT__**

☐ **CONIUGE**
Sig./Sig.ra _____, nat___,
il|__|__|/|__|__|/|__|__|, a_____, (prov._____),
codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|;

☐ **FIGLI__**
Sig./Sig.ra_____, nat___,
il |__|__|/|__|__|/|__|__|, a_____, (prov._____),
codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|;

☐ **GENITORE**
Sig./Sig.ra_____, nat___,
il |__|__|/|__|__|/|__|__|, a_____, (prov._____),
codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|;

☐ **FRATELLO/SORELLA DELL'ISCRITTO NON PENSIONATO**
Sig./Sig.ra_____, nat___,
il |__|__|/|__|__|/|__|__|, a_____, (prov._____),
codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|;

☐ **FRATELLO/SORELLA DEL PENSIONATO DI INVALIDITA' DELLA CASSA**
Sig./Sig.ra_____, nat___,
il |__|__|/|__|__|/|__|__|, a_____, (prov._____),
codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|;

Cassa Dottori Commercialisti

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 la persona per cui si chiede il contributo soggiorna o ha soggiornato presso una casa di riposo o un istituto di ricovero pubblico o privato per anziani, malati cronici o lungodegenti;

- che il soggiorno presso la casa di riposo o l'istituto di ricovero pubblico o privato ***(barrare l'ipotesi che ricorre)***:
  - ◉ ha o ha avuto finalità sanitarie;
  - ○ non ha o non ha avuto finalità sanitarie
  (in assenza di finalità sanitarie per i titolari di pensione il contributo erogato dalla Cassa sarà assoggettato a tassazione ordinaria);

- che il coniuge/figlio/genitore/fratello o sorella faceva parte del nucleo familiare alla data di ingresso nella casa di cura o istituto di ricovero come da certificato/dichiarazione sostitutiva allegata ed è fiscalmente a carico del/della sottoscritt__;

- di aver sostenuto a proprio carico la retta, al netto di un eventuale rimborso da parte di altri Enti;

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

- di voler ricevere il contributo richiesto mediante accreditamento in c/c bancario n. _____ presso_____, intestato al/alla sottoscritt_, codice IBAN:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|e codice BIC/SWIFT: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (se il conto è estero);

ALLEGA

- copia del documento d'identità o di riconoscimento in corso di validità del richiedente, in cui siano ben visibili la data di rilascio e la data di scadenza;

- **certificato** di stato di famiglia del richiedente **alla data di ingresso nella casa di riposo o nell'istituto di ricovero** della persona per la quale si chiede il contributo o **dichiarazione** sostitutiva di certificazione di stato di famiglia come da Modello 6/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 integrale della eventuale sentenza di separazione o di divorzio del richiedente ***(se ricorre l'ipotesi);***

- **certificazione** medica idonea a comprovare l'eventuale stato di non autosufficienza della persona per la quale si richiede il contributo ***(CERTIFICATO NON SOSTITUIBILE DA AUTOCERTIFICAZIONE)*** – ***(se ricorre l'ipotesi);***

- **certificazione** medica attestante la finalità sanitaria del soggiorno ***(obbligatoria se è stata barrata l'ipotesi di soggiorno per finalità sanitarie***);

- dichiarazione rilasciata dalla casa di riposo o dall'istituto di ricovero per anziani, malati cronici o lungodegenti dalla quali risulti **la data di ingresso nella struttura, la permanenza presso la stessa e la misura della retta mensile;**

- copia della 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 del 5 febbraio 1992, n.104 (obbligatoria se è stata barrata l'ipotesi che nel nucleo familiare sono presenti uno o più figli portatori di handicap o malattie invalidanti);

- copia nomina tutore, curatore o amministratore di sostegno (se ricorre l'ipotesi).

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 o con consegna diretta all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1.

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 le firme digitali, si potrà provvedere all'invio tramite Posta Elettronica Certificata PEC.