

Richiesta Prestazione Welfare Cassa Edile Provincia di Ravenna

Pacchetto Non Autosufficienza/Assistenza Art. 5 del Regolamento Prestazioni Cassa Edile Ravenna

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____ residente/domiciliato in _____ n° _____

Comune _____ CAP _____ Prov _____ Email _____ @ _____

Telefono _____ in rapporto di lavoro con l'impresa _____ r
itenendo di possedere i requisiti necessari previsti dal Regolamento Fondo Welfare Contrattuale per l'accesso alle prestazioni previste all'art. 5 e, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000,

RICHIEDE

☐ PER SE STESSO: NOME _____ COGNOME _____

☐ PER PROPRIO FAMILIARE: NOME _____ COGNOME _____

Rapporto di parentela _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA

di essere a conoscenza e di accettare quanto disposto dal Regolamento Fondo Welfare Contrattuale della Provincia di Ravenna e di non aver presentato richieste di assistenza/rimborso riferite all'oggetto della presente richiesta di prestazione ad altre Casse Edili o al SANEDIL.

☐ **5) SOSTEGNO PER NON AUTOSUFFICIENZA**

È NELLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA PER HANDICAP AI SENSI ART.3 C3 L.104/92 O PER INVALIDITÀ AL 100%,
RICONOSCIUTA CON CERTIFICAZIONE INPS

☐ **5.1) FAMILIARI ASSISTITI DA STRUTTURE ACCREDITATE E/O AUTORIZZATE**

È ASSISTITO DALLA SEGUENTE STRUTTURA ACCREDITATA O AUTORIZZATA IN EMILIA-ROMAGNA

- ☐ Assistenza domiciliare
- ☐ Centro diurno anziani
- ☐ Casa-Residenza Anziani (ovvero Casa Protetta RSA, Comunità Alloggio, Casa di Riposo)
- ☐ Centro socio riabilitativo diurno
- ☐ Centro socio riabilitativo residenziale

Denominazione Struttura _____ CF o Partita Iva _____

☐ **5.2) BADANTI**

- ☐ È ASSISTITO DA BADANTE INQUADRATA A LIVELLO BS o CS o DS del CCNL LAVORO DOMESTICO
- ☐ IL CONTRATTO DI LAVORO È PARI O SUPERIORE A 20 ORE SETTIMANALI

I FAMILIARI DI QUALSIASI GRADO NON SONO AMMESSI AL RUOLO DI BADANTE

ALLEGA:

PER GLI INTERVENTI DI CUI AL PUNTO 5)

- ☐ Autocertificazione di legame di parentela
- ☐ Autocertificazione di esistenza in vita del familiare
- ☐ Verbale che attesti: invalidità 100%; riconoscimento art.3 comma 3 L.104/92

PER GLI INTERVENTI DI CUI AL PUNTO 5.1)

- ☐ Ricevute di rette per almeno 4 mesi nell'anno solare di richiesta intestate al dipendente richiedente o al familiare assistito
- ☐ Autocertificazione di famiglia attestante la parentela
- ☐ Documentazione comprovante che il servizio erogato viene reso da una struttura accreditata e/o autorizzata secondo i requisiti di autorizzazione al funzionamento vigenti in Emilia-Romagna o in una regione confinante in caso di lavoratori frontalieri

Richiesta Prestazione Welfare Cassa Edile Provincia di Ravenna
Pacchetto Non Autosufficienza/Assistenza Art. 5 del Regolamento Prestazioni Cassa Edile Ravenna

PER GLI INTERVENTI DI CUI AL PUNTO 5.2)

- ☐ Buste paga, il cui datore di lavoro sia il dipendente richiedente o il familiare assistito, per almeno 4 mesi nell'anno solare di richiesta.
- ☐ Autocertificazione di legame di parentela

DATA

IN FEDE

Si rilascia mandato alla Organizzazione Sindacale a presentare alla Cassa Edile la presente richiesta
in fede

Tale richiesta va presentata alla Organizzazione Sindacale entro i termini previsti dal Regolamento, per consentire di procedere alla sua presentazione per via telematica alla Cassa Edile nei tempi previsti.

Gentile utente/iscritto, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679, al fine di conoscere le finalità del trattamento dei dati che ci vengono forniti con la compilazione di questo modulo, La invitiamo a prendere visione dell'informativa reperibile al seguente URL www.cassaedile.ra.it/privacy1.html sul sito istituzionale del ns. Ente