

Richiesta interventi previsti dal Fondo Welfare Contrattuale

Pacchetto NON AUTOSUFFICIENZA-ASSISTENZA - Artt.22-23-24

Allegato MOD. DW3 2021

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Codice Fiscale

residente/domiciliato in _____ n° _____ Comune _____ CAP _____

Prov _____ Email _____ @ _____ Telefono _____

in rapporto di lavoro con l'impresa _____ matr. INPS _____

ritenendo di possedere i requisiti necessari previsti dal Regolamento Fondo Welfare Contrattuale per l'accesso alle prestazioni previste all'art.13, specificatamente al punto 3., 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,

DICHIARA

CHE IL PROPRIO FAMILIARE: NOME _____ COGNOME _____

Codice Fiscale

☐ **3A) ART. 21 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 O DA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

☐ **3B) ART. 22 FAMILIARI ASSISTITI DA STRUTTURE ACCREDITATE E/O AUTORIZZATE**

- HA IL RICONOSCIMENTO DI STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA (COME DA PUNTO 3A)
- 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 _____

☐ **3C) ART. 23 BADANTI**

- È ASSISTITO DA BADANTE INQUADRATA A LIVELLO BS o CS o DS del CCNL LAVORO DOMESTICO (sottoscritto dalle sigle sindacali costituenti EBER)
- IL CONTRATTO DI LAVORO È PARI O SUPERIORE A 20 ORE SETTIMANALI

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

Richiesta interventi previsti dal Fondo Welfare Contrattuale

Pacchetto NON AUTOSUFFICIENZA-ASSISTENZA - Artt.22-23-24

Allegato MOD. DW3 2021

ALLEGA:

PER GLI INTERVENTI DI CUI AL PUNTO 3A)

- Documentazione attestante la non autosufficienza del familiare
- Certificazione di esistenza in vita
- Certificazione di famiglia rilasciata dall'anagrafe attestante la parentela (in certi casi storica)

PER GLI INTERVENTI DI CUI AL PUNTO 3B)

- Documentazione attestante la non autosufficienza del familiare
- Ricevute di rette per almeno 4 mesi nell'anno solare di richiesta intestate al dipendente richiedente o al familiare assistito
- Certificazione di famiglia rilasciata dall'anagrafe attestante la parentela (in certi casi storica)
- 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

PER GLI INTERVENTI DI CUI AL PUNTO 3C)

- Buste paga, il cui datore di lavoro sia il dipendente richiedente o il familiare assistito, per almeno 4 mesi nell'anno solare di richiesta.
- Certificazione rilasciata dall'anagrafe attestante la parentela

IN FEDE _____

Si rilascia mandato alla Organizzazione Sindacale a presentare all'impresa la presente richiesta

in fede

Tale richiesta va presentata all'impresa entro i termini previsti dal Regolamento FWC, per consentire di procedere alla sua presentazione per via telematica ad EBER nei tempi previsti.

RICEVUTA DI PRESENTAZIONE ALL'IMPRESA

compilato a cura dell'impresa

Si dichiara che in data odierna è pervenuta la richiesta con documentazione, relativa a quanto previsto dagli artt. 22-23-24. del Regolamento Fondo Welfare Contrattuale, del dipendente: _____ che si provvederà ad inoltrare ad EBER ai fini delle provvidenze previste; copia dell'avvenuta presentazione sarà allegata nella prima busta paga utile.

Data presentazione all'impresa __/__/____

Timbro e firma dell'impresa

Una copia della presente va restituita al richiedente quale ricevuta di presentazione; la richiesta con i suoi allegati va inviata per via telematica, a mezzo del portale abaco, ad eber nei tempi previsti.