

Sede OO.SS. di Codice EBAP:
 Data Ricezione Matricola INPS:

Timbro e firma operatore

Domanda di contributo per Welfare Bilaterale Artigiano DIPENDENTI

Spese sostenute nell'anno

Il/la sottoscritto/a: nato/a il a
 Prov (o Stato Estero): Cod. Fiscale:
 Residente in Via/Piazza n° Comune CAP
 e-mail: Tel.

Eventuale recapito se diverso da quello di residenza:

Cognome e Nome Comune
 Via/Piazza n° CAP

Dipendente presso l'impresa artigiana:
 Cod. Fiscale/ P.IVA:
 con sede in: Prov. CAP
 Via/Piazza: n° Tel:
 e-mail:

CHIEDE

per sé e/o per i componenti del nucleo familiare, di cui alla Scheda che si allega alla presente domanda, la prestazione di welfare bilaterale artigiano per una o più delle seguenti tipologie:

A) RIMBORSO PER FREQUENZA ASILI NIDO ED ULTERIORI SERVIZI EDUCATIVI PER L'INFANZIA

Allegati: copia ricevute spese sostenute (A.F. - iscrizione e rette pagate), attestazione ISEE o Cert. di famiglia semplice/storico

B) RIMBORSO PER STUDI UNIVERSITARI

Prestazione richiesta per figli Prestazione a favore di studente-lavoratore

Allegati: copie ricevute tasse universitarie e copia Piano Carriera aggiornato, attestazione ISEE o Cert. di famiglia semplice/storico.

C) RIMBORSO TESTI SCOLASTICI - scuola secondaria di primo-secondo grado e università

Allegati: elenco testi scolastici, copia ricevute e fatture di acquisto, attestazione ISEE o Cert. di famiglia semplice/storico.

D) RIMBORSO PARTECIPAZIONE A CENTRI ESTIVI, CAMPUS ESTIVI E PRE/DOPO SCUOLA

Allegati: copia ricevute centro estivo e periodo interessato, attestazione ISEE o Cert. di famiglia semplice/storico.

E) TRASPORTO SCOLASTICO (scuola secondaria di I-II grado e università) Urbano Extraurbano

Allegati: copia documenti di trasporto e relative ricevute di pagamento ad esso riconducibili, attestazione ISEE o Cert. di famiglia semplice/storico.

F) MENSA SCOLASTICA (scuola obbligo - infanzia 3-6 anni)

Allegati: copia ricevute pagamento servizio mensa, attestazione ISEE o Cert. di famiglia semplice/storico.

G) RIMBORSO PER TRASPORTO DIPENDENTE

Allegati: copia documenti di trasporto e relative ricevute di pagamento ad esso riconducibili, attestazione ISEE o Cert. di famiglia semplice/storico.

H) CONSEGUIMENTO DIPLOMA PER PERSONALE DIPENDENTE (Secondaria di 2° grado e professionale)

Allegati: dichiarazione conseguimento titolo rilasciato dall'istituto scolastico.

I-J-K) CONSEGUIMENTO LAUREA PER PERSONALE DIPENDENTE

Triennale

Magistrale

Master

Allegati: dichiarazione conseguimento titolo rilasciato dall'università.

L) RIMBORSO PER ACQUISTO LENTI GRADUATE CORRETTIVE PER VARIAZIONE VISUS DICHIARATA (fino a 150 euro per prestazione per massimo n° 2 prestazioni per nucleo familiare)

Allegati: copia fattura di acquisto con certificato di conformità delle lenti e copia prescrizione dell'oculista o optometrista e variazione visus dichiarata dall'ottico optometrista e attestazione ISEE o Cert. di famiglia semplice/storico.

M) CONTRIBUTO PER NUCLEI FAMILIARI CON DISABILI MINORI (ex art. 3 comma 1 e 3 L. 104/92)

Allegati: copia verbale commissione medica attestante la disabilità e dichiarazione di visita effettuata.

N) CONTRIBUTO PER NUCLEI FAMILIARI CON GENITORI RICONOSCIUTI "NON AUTOSUFFICIENTI"

Allegati: documentazione attestante disabilità in corso di validità, attestazione ISEE o Cert. di famiglia semplice/storico.

O) BONUS NATALITÀ E ADOZIONE Allegati: copia certificato di nascita o certificato di adozione, attestazione ISEE o Cert. di famiglia semplice/storico.

P) CONTRIBUTO PER SUPERAMENTO PERIODO DI COMPORTO PER GRAVI PATOLOGIE

Allegati: richiesta di aspettativa non retribuita oltre il periodo di comporta e copia della comunicazione di accettazione del datore di lavoro.

Q) SPESE FUNERARIE

Allegati: copia ricevute spese agenzia e relativa autocertificazione.

R) ATTIVITÀ LUDICO-SPORTIVE

ATTIVITÀ LUDICO CULTURALE

Allegati: copia tessera e ricevuta pagamento, attestazione ISEE o Cert. di famiglia semplice/storico.

ATTIVITÀ SPORTIVE

Allegati: copia ricevuta pagamento, attestazione ISEE o Cert. di famiglia semplice/storico.

CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO

Allegati: scontrino parlante o relativa certificazione o fattura, attestazione ISEE o Cert. di famiglia semplice/storico.

S) SPESE VETERINARIE

Allegati: copia fattura.

T) MUTUO

Allegati: dichiarazione stipula atto notarile e stipula mutuo.

U) ADESIONE SAN.ARTI

Allegati: Versamenti iscrizione a SAN.ARTI del nucleo familiare. Verbale attestante disabilità.

V) TRATTAMENTI PARASANITARI

Allegati: copia fattura/ricevuta fiscale.

che il contributo venga erogato con bonifico bancario utilizzando il seguente

CODICE IBAN
(Campo obbligatorio)

Allega alla domanda copia attestazione ISEE in corso di validità o il Certificato di stato di famiglia in carta semplice o Certificato di stato di famiglia storico.

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA PER DOMANDE PRESENTATE DA LAVORATORI DIPENDENTI

Il/la sottoscritto/a in qualità di legale rappresentate dell'impresa
 dichiara che il richiedente e alle proprie dipendenze
 dal e di aver provveduto a fornirgli l'informativa sul trattamento dei dati personali,
 comprensiva degli ambiti di comunicazione, in occasione dell'instaurazione del rapporto di lavoro.

Data Timbro e Firma

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- I. Che nessun'altro componente del mio nucleo familiare ha presentato la medesima richiesta a codesto Ente Bilaterale;
- II. Di non aver presentato richiesta del medesimo contributo ad altro soggetto/ente.

Luogo e Data,

(Firma del/della richiedente)

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione di regole e condizioni inerenti alla fruizione delle prestazioni di Welfare Bilaterale Artigiano.
 "Dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'EBAP, che prevede che il trattamento sia effettuato anche con strumenti elettronici, per finalità di erogazione del contributo e per le altre finalità statutarie dell'Ente."

Luogo e Data,

(Firma del/della richiedente)

SCHEDA FIGLI/COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE N°

NOTA BENE: ALLA DOMANDA È NECESSARIO ALLEGARE IL PRESENTE MODULO PER LE PRESTAZIONI NELLO STESSO INDICATE

Figlio/Componente n°		
Cognome		Nome
Cod. Fiscale		nato il iscritto presso
.....		Comune Prov.
<i>(indicare denominazione e comune per asilo nido, scuola media inferiore e superiore, facoltà universitaria)</i>		
Prestazione richiesta: <i>(barrare le voci per cui si presenta la domanda)</i>		
<input type="checkbox"/> Rimborso frequenza asili nido	<input type="checkbox"/> Rimborso studi universitari	<input type="checkbox"/> Rimborso test scolastici
<input type="checkbox"/> Rimborso partecipazione centri estivi	<input type="checkbox"/> Contributo disabili minori	<input type="checkbox"/> Rimborso lenti graduate
<input type="checkbox"/> Rimborso trasporto scolastico	<input type="checkbox"/> Rimborso mensa scolastica	<input type="checkbox"/> Spese funerarie
<input type="checkbox"/> Contributo genitori non autosufficienti	<input type="checkbox"/> Bonus natalità e adozione	<input type="checkbox"/> Adesione SAN.ARTI
<input type="checkbox"/> Contributo att. ludico-culturali	<input type="checkbox"/> Contributo att. sportive	<input type="checkbox"/> Rimborso Cert. Med/sportivo
<input type="checkbox"/> Trattamenti Parasanitari		
<hr/>		
Figlio/Componente n°		
Cognome		Nome
Cod. Fiscale		nato il iscritto presso
.....		Comune Prov.
<i>(indicare denominazione e comune per asilo nido, scuola media inferiore e superiore, facoltà universitaria)</i>		
Prestazione richiesta: <i>(barrare le voci per cui si presenta la domanda)</i>		
<input type="checkbox"/> Rimborso frequenza asili nido	<input type="checkbox"/> Rimborso studi universitari	<input type="checkbox"/> Rimborso test scolastici
<input type="checkbox"/> Rimborso partecipazione centri estivi	<input type="checkbox"/> Contributo disabili minori	<input type="checkbox"/> Rimborso lenti graduate
<input type="checkbox"/> Rimborso trasporto scolastico	<input type="checkbox"/> Rimborso mensa scolastica	<input type="checkbox"/> Spese funerarie
<input type="checkbox"/> Contributo genitori non autosufficienti	<input type="checkbox"/> Bonus natalità e adozione	<input type="checkbox"/> Adesione SAN.ARTI
<input type="checkbox"/> Contributo att. ludico-culturali	<input type="checkbox"/> Contributo att. sportive	<input type="checkbox"/> Rimborso Cert. Med/sportivo
<input type="checkbox"/> Trattamenti Parasanitari		
<hr/>		
Figlio/Componente n°		
Cognome		Nome
Cod. Fiscale		nato il iscritto presso
.....		Comune Prov.
<i>(indicare denominazione e comune per asilo nido, scuola media inferiore e superiore, facoltà universitaria)</i>		
Prestazione richiesta: <i>(barrare le voci per cui si presenta la domanda)</i>		
<input type="checkbox"/> Rimborso frequenza asili nido	<input type="checkbox"/> Rimborso studi universitari	<input type="checkbox"/> Rimborso test scolastici
<input type="checkbox"/> Rimborso partecipazione centri estivi	<input type="checkbox"/> Contributo disabili minori	<input type="checkbox"/> Rimborso lenti graduate
<input type="checkbox"/> Rimborso trasporto scolastico	<input type="checkbox"/> Rimborso mensa scolastica	<input type="checkbox"/> Spese funerarie
<input type="checkbox"/> Contributo genitori non autosufficienti	<input type="checkbox"/> Bonus natalità e adozione	<input type="checkbox"/> Adesione SAN.ARTI
<input type="checkbox"/> Contributo att. ludico-culturali	<input type="checkbox"/> Contributo att. sportive	<input type="checkbox"/> Rimborso Cert. Med/sportivo
<input type="checkbox"/> Trattamenti Parasanitari		

N.B.: Per ciascun figlio dovrà essere barrata la prestazione che viene richiesta e dovrà essere allegata alla presente tutta la documentazione necessaria per ottenere la prestazione o le prestazioni richieste.

Nel caso di numero di figli superiore a 3 aggiungere una seconda scheda figli curandone la numerazione.

EBAP Regionale	ALESSANDRIA	ASTI	BIELLA	CUNEO	NOVARA	TORINO	VCO	VERCELLI
Via Arcivescovado,3 10121 Torino Tel.011 5617282 info@ebap.piemonte.it	Via Cavour, 78 15121 Alessandria Tel. 0131 234480 alessandria@ebap.piemonte.it	Piazza Cattedrale, 2 14100 Asti Tel. 041 354319 asti@ebap.piemonte.it	Via Galimberti, 22 13900 Biella Tel.015 8551732 biella@ebap.piemonte.it	Via Meucci, 6 12100 Cuneo Tel. 0171 451237 /451238 cuneo@ebap.piemonte.it	Via Ploto, 2/C 28100 Novara Tel. 0321 661111 novara@ebap.piemonte.it	Via Millio, 26 10141 Torino Tel. 011 387082 torino@ebap.piemonte.it	Corso Europa, 27 28900 Verbania Tel. 0323 588611 vcossola@ebap.piemonte.it	Corso Magenta, 40 13100 Vercelli Tel. 0161 282401 vercelli@ebap.piemonte.it