

DA PRESENTARE PER IL TRAMITE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI



**DOMANDA DI PRESTAZIONE ASSISTENZIALE DEL FONDO
DI PREVIDENZA GENERALE**

COMPILAZIONE A CURA DEI ***SUPERSTITI***

Alla Fondazione E.N.P.A.M.
DIPARTIMENTO DELLA PREVIDENZA
SERVIZIO PRESTAZIONI
FONDO GENERALE
Via Torino, 38
00184 - R O M A

__L__ Sottoscritt _____
cognome nome

□□□□□□□□□□□□□□□□

(Codice fiscale superstite)

□□□□□□□□□□□□/□□□□

(Codice ENPAM Sanitario deceduto)

DICHIARA

- ❖ di essere nat__ a _____ (Prov. _____) il ___/___/___;
- ❖ di essere residente a _____ (Prov. _____) C.A.P. □□□□□
in Via/P.zza _____ n. _____ Tel. ___/___/___;
- ❖ di essere Vedova/o Orfano/a del Dott. _____ nat__ il ___/___/___
deceduto il ___/___/___ iscritto all'Albo Professionale di _____ fino al ___/___/___;

CHIEDE → **AL FONDO DI PREVIDENZA GENERALE "QUOTA A":**

prestazione straordinaria una tantum (indicare nel dettaglio le motivazioni):

.....
.....
.....

sussidio continuativo ospitalità presso case di riposo;

sussidio continuativo assistenza domiciliare.

CHIEDE → **AL FONDO DI PREVIDENZA GENERALE "QUOTA B":**

prestazione assistenziale straordinaria per cure sanitarie o fisioterapiche non a carico del S.S.N. in favore dei nuclei superstiti dei pensionati per invalidità assoluta e permanente ovvero degli iscritti deceduti prima del raggiungimento dell'età pensionabile.

.....

sussidio assistenziale aggiuntivo per l'assistenza domiciliare in favore del coniuge superstite che già fruisca del sussidio continuativo Quota A.

DICHIARA che il proprio stato civile e familiare è il seguente:

celibe nubile vedovo/a

(indicare solo persone conviventi: figli legittimi, legittimati, adottivi, affiliati o naturali riconosciuti, genitori o altre persone conviventi).

TIPO DI PARENTELA	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO	PROV.

di essere titolare di pensione E.N.P.A.M. nella misura di €

di essere di non essere titolare delle seguenti altre pensioni

DICHIARA

Di aver posseduto nell'anno 2 _____ i seguenti redditi: (1)*

DESCRIZIONE DEI REDDITI	DICHIARANTE	CONIUGE Deceduto	ALTRI COMPONENTI
A) terreni	€	€	€
B) Casa di abitazione (rendita catastale aggiornata)	€	€	€
Altri fabbricati (rendita catastale aggiornata)	€	€	€
C) di lavoro dipendente e assimilati (stipendi salari, pensione ENPAM, altre pensioni ecc.)	€	€	€
D) lavoro autonomo	€	€	€
E) diversi (specificare tipo di reddito)	€	€	€
F) esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (pensioni di guerra, pensioni, indennità, comprese le indennità di accompagnamento e assegni, erogati dal Ministero dell'Interno ai ciechi civili, ai sordomuti ed agli invalidi civili) o assoggettati a ritenute alla fonte a titolo d'imposta (interessi bancari, cedole obbligazioni ecc.).....	€	€	€
AMMONTARE COMPLESSIVO	€	€	€

(1)* indicare i redditi dell'ultima dichiarazione fiscale

e che per detti redditi, ad eccezione di quelli indicati alla lettera f), è stata presentata la seguente documentazione (indicare per ciascuno dei soggetti le modalità di denuncia dei rispettivi redditi: cioè se abbiano presentato dichiarazione Mod. CUD/730 ovvero UNICO) (allegare copia dei modelli fiscali presentati)

.....

CHIEDE che la liquidazione del trattamento assistenziale avvenga con le seguenti modalità:

mediante **accredito sul c/c bancario acceso a proprio nome presso:**

ISTITUTO DI CREDITO _____

FILIALE/AGENZIA N° _____ DI _____ (località)

NUMERO DEL CONTO CORRENTE _____

CODICE DI AVVIAMENTO BANCARIO: CIN A.B.I. C.A.B.

Ovvero:

mediante accredito **conto bancoposta**

presso l'Ufficio postale di _____

NUMERO DEL CONTO CORRENTE _____

CODICE DI AVVIAMENTO BANCARIO: CIN A.B.I. C.A.B.

ALLEGA la documentazione indicata sul retro del modello.

__L__ Sottoscritt__ dichiara, altresì, di essere informat__, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa

(luogo e data)

(firma per esteso del dichiarante)

RISERVATO ALL'ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI

Sulla richiesta si esprime parere per il seguente motivo:

.....
.....
.....

Data, ____/____/____

IL PRESIDENTE _____

(Si prega di esprimere un parere autonomo e circostanziato basato sugli elementi di conoscenza diretta del caso)

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA (in carta libera):

1. copia, completa di allegati, del o dei Mod. 730/Unico del nucleo familiare, relativamente all'ultimo anno fiscale, debitamente sottoscritta;
2. documentazione in fotocopia, comprovante l'infortunio o malattia, ovvero l'evento di particolare gravità (spese medico-farmaceutiche sostenute non rimborsabili dal S.S.N., ed ogni altra documentazione utile, quale spese funerarie, ecc..);
3. nel caso del sussidio continuativo per l'assistenza domiciliare Quota A allegare verbale rilasciato dalla Commissione Medica del competente Ordine dei Medici attestante la condizione di non autosufficienza del richiedente.

“AVVERTENZE “

1. ai fini della concessione delle prestazioni di Quota A, il reddito complessivo del nucleo familiare non deve essere superiore a quattro volte l'importo del trattamento minimo Inps, (€ 21.841,00 per il 2005) aumentato di un quarto per ogni componente il nucleo familiare escluso il richiedente. Nel caso di prestazioni per casa di riposo tale limite è ridotto della metà;
 2. ai fini della concessione delle prestazioni di Quota B il reddito complessivo del nucleo familiare non deve essere superiore a quattro volte l'importo del trattamento minimo Inps (€ 21.841,00 per il 2005);
 3. compilare il modulo in ogni sua parte;
 4. l'indicazione del codice fiscale è obbligatoria per legge. L'Ente non potrà procedere alla liquidazione del trattamento senza tale dato;
 5. in caso di incapacità oppure comunque di impossibilità alla compilazione ed alla sottoscrizione del presente modulo, tali incombenze dovranno essere svolte dal legale rappresentante (tutore o procuratore);
 6. la domanda, compilata e corredata della prescritta documentazione, dovrà essere trasmessa all'ENPAM, esclusivamente attraverso l'Ordine dei Medici della Provincia dove il Sanitario risultava iscritto al momento del decesso.
-