

## DOMANDA DI PRESTAZIONI - MOD. A

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nato \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)  
in Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
tel: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

dependente dell'impresa \_\_\_\_\_ **Codice Cassa Edile Lavoratore**

dichiarando di essere a conoscenza e di accettare quanto disposto dai vigenti C.C.N.L., Contratto Integrativo Provinciale, Statuto e Regolamento della Cassa Edile di Vicenza e confermando la propria adesione alla Cassa Edile Provinciale di Vicenza

### CHIEDE

#### Prestazioni sanitarie

- |   |  |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> <b>1) Concorso alle spese per protesi oculistiche (montatura, lenti e lenti a contatto)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Lavoratore</p> <p><input type="checkbox"/> Familiare a carico _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>2) Concorso alle spese per protesi acustiche</b></p> <p><input type="checkbox"/> Lavoratore</p> <p><input type="checkbox"/> Familiare a carico _____</p> | <p><input type="checkbox"/> <b>3) Concorso alle spese per protesi ortopediche</b></p> <p><input type="checkbox"/> Lavoratore</p> <p><input type="checkbox"/> Familiare a carico _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>4) Concorso alle cure per protesi dentarie e apparecchi ortodontici</b></p> <p><input type="checkbox"/> Lavoratore</p> <p><input type="checkbox"/> Familiare a carico _____</p> |
|---|--|

#### Altre prestazioni

- 5) Un eventuale contributo straordinario per:** \_\_\_\_\_
- 6) Prestazione Ape 300 quote caso morte o invalidità permanente**  
del lavoratore/trice \_\_\_\_\_

#### QUADRO A

##### DICHIARAZIONE DELL'IMPRESA

Si attesta che il lavoratore suindicato gode delle detrazioni d'imposta di cui all'art. 12 T.U.I.R. per i seguenti famigliari a suo carico:

##### INDICARE I NOMINATIVI DEI FAMIGLIARI A CARICO

MG: \_\_\_\_\_

FG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Timbro e firma dell'Impresa

#### SPAZIO RISERVATO ALLA CASSA EDILE

#### QUADRO B

##### DICHIARAZIONE

A pena di esclusione d'ufficio per 12 mesi dalle erogazioni della Cassa Edile, **dichiara** che nessuna domanda è stata rivolta né verrà presentata ad altra Cassa Edile, così come nessuna erogazione per lo stesso titolo da altra Cassa Edile è stata ottenuta od è in corso di ottenimento.

li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma del richiedente)

#### QUADRO C

##### DICHIARAZIONE DI RICEVUTA DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto/a ..... dichiara di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del REG.UE 2016/679 allegate al presente modulo, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dal REG.UE 2016/679 e:

- di acconsentire al trattamento dei propri dati, anche particolari, per le finalità indicate nell'informativa. **(Conferimento obbligatorio per lo svolgimento dell'attività della Cassa Edile).**

Luogo, data ..... Firma del/la lavoratore/trice .....

- di acconsentire al trattamento dei dati relativi al proprio nucleo familiare, anche per i soggetti minorenni, per le finalità di cui al punto 1) dell'informativa. **(Conferimento facoltativo-obbligatorio solo per chi riceve assistenze per i familiari a carico).**

Luogo, data ..... Firma del/la lavoratore/trice .....

PRESTAZIONI EROGATE	REQUISITI	DOCUMENTI RICHIESTI	TERMINI
<b>Concorso spese protesi lavoratore/famigliare</b>	Lavoratore denunciato nel mese di sostenimento della spesa, come comprovata dalla data della fattura o ricevuta fiscale a saldo, da impresa in regola con i versamenti contributivi. Versamenti per il lavoratore presso la singola Cassa Edile per almeno 600 ore di lavoro negli ultimi 12 mesi precedenti l'evento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Domanda di prestazione (Mod. A).</li> <li>- Fattura a saldo o ricevuta fiscale a saldo attestante la spesa complessivamente sostenuta e contenente in dettaglio le prestazioni effettuate.</li> <li>- Dichiarazione del medico curante o fornitore. attestante l'identità della persona cui la prestazione è stata effettuata (Mod. E).</li> <li>- Stato famiglia o autocertificazione (per i famigliari). Prestazioni eseguite all'estero:</li> <li>- Documentazione validamente formata nel Paese stesso, ai sensi della normativa ivi vigente, con traduzione giurata in lingua italiana.</li> <li>- La Cassa Edile si riserva di eseguire accertamenti e richiedere eventuale ulteriore documentazione circa sia l'avvenuto intervento, sia l'ammontare della spesa complessivamente sostenuta, sia la congruità della documentazione fornita.</li> </ul>	Domanda da presentare, a pena di decadenza, entro 90 giorni dalla data della fattura a saldo o ricevuta fiscale a saldo relativa alle prestazioni ottenute.
Protesi Oculistiche (montatura, lenti, lenti a contatto)			
Protesi Acustiche			
Protesi Ortopediche			
Cure e protesi dentarie e apparecchi ortodontici			

Contributo straordinario	Disposti dal Consiglio di Amministrazione in caso di eventi straordinari ed eccezionali a favore del lavoratore o dei famigliari a carico ed in relazione alle disponibilità finanziarie della Cassa. Lavoratore denunciato nel mese della domanda e nel mese di sostenimento della spesa, come comprovata dalla data della fattura o ricevuta fiscale a saldo, da impresa in regola con i versamenti contributivi. Versamenti per il lavoratore presso la singola Cassa Edile per almeno 600 ore di lavoro negli ultimi 12 mesi precedenti l'evento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Domanda di prestazione (Mod. A).</li> <li>- Stato famiglia o autocertificazione.</li> <li>- Documentazione a giustificazione delle spese sostenute.</li> <li>- Reddito complessivo (mod. 730) dei componenti il nucleo familiare.</li> <li>- Relazione sulla motivazione della richiesta.</li> <li>- Eventuali ulteriori documenti richiesti dalla Cassa Edile.</li> </ul>	Domanda da presentare, a pena di decadenza, entro 1 anno dall'evento.
--------------------------	---	---	---

Prestazione Ape 300 quote caso morte o invalidità permanente	Maturazione o percepimento della liquidazione APE ordinaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Domanda di Prestazioni (Mod. A).</li> <li>- Certificato di morte (in caso di decesso).</li> <li>- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, predisposta dalla Cassa Edile, rilasciata dal Comune di residenza indicante gli eredi con i relativi codici fiscali.</li> <li>- Stato famiglia storico.</li> <li>- Certificato medico con l'indicazione della sussistenza dell'invalidità permanente assoluta al lavoro (in caso di invalidità).</li> </ul>	
--	--	---	--

#### ISTRUZIONI PER IL RIMBORSO

Tipo prestazione	Modalità di rimborso	Ammontare massimo per nucleo famigliare (famigliari fiscalmente a carico)
Protesi Oculistiche (montatura, lenti, lenti a contatto)	50% delle spese sostenute	con un massimo complessivo di 180,00 € nell'anno Cassa Edile (ottobre - settembre)
Protesi Acustiche	50% delle spese sostenute	con un massimo complessivo di 200,00 € nell'anno Cassa Edile (ottobre - settembre)
Protesi Ortopediche	50% delle spese sostenute	con un massimo complessivo di 300,00 € nell'anno Cassa Edile (ottobre - settembre)
Protesi dentarie e apparecchi ortodontici	50% delle spese sostenute	con un massimo complessivo di 1700,00 € nel triennio fisso Cassa Edile (ottobre - settembre)

#### MODALITA' DI COMPILAZIONE

- Il lavoratore dovrà:
- indicare le proprie generalità
  - barrare la casella relativa alla prestazione richiesta
  - far compilare il Quadro A "Dichiarazione dell'Impresa" solamente in caso di richiesta per famigliari a carico
  - apporre la propria firma nel quadro B "Dichiarazione"
  - apporre la propria firma nel quadro C "Consenso" se la prestazione è richiesta per sé o per un figlio minore
  - far apporre la firma dei famigliari nel quadro C "Consenso" se la prestazione è richiesta per famigliari a carico