



IMPRESA

Sussidi & Contributi anno in corso

CONTRIBUTO CORSI DI RIABILITAZIONE FIGLI DISABILI

Destinatari: datori di lavoro di aziende appartenenti ai settori del Terziario e del Turismo, con un limite di reddito come da tabella INPS sotto riportata, che abbiano un figlio disabile con invalidità riconosciuta superiore al 45% (L.68/99), viene riconosciuto un **contributo, pari al 50% delle spese nette sostenute, per i corsi di riabilitazione, fino ad un massimo di € 500,00 anno.**

Il soggetto disabile non deve esercitare attività lavorativa nell'anno a cui si riferisce il contributo e deve far parte dello stesso stato di famiglia del lavoratore.

Criterio di assegnazione

Il contributo sarà assegnato in base al numero di protocollo e fino ad esaurimento fondo. Il reddito familiare annuo dovrà essere inferiore agli importi sotto indicati.

LIMITI DI REDDITO

REDDITO FAMILIARE ANNUO	1 figlio	2 figli	3 figli	4 figli	da 5 figli
	72.684,38	79.623,51	93.031,32	95.854,00	101.616,45

Condizioni

Il presente contributo non verrà erogato nel caso in cui si percepiscano altri redditi allo stesso titolo.

CONDIZIONI GENERALI

- ⇒ Sono beneficiari dei contributi sopra esposti i datori di lavoro che risultano in regola con i versamenti agli Enti Bilaterali, riferiti ad **almeno 6 mesi (3 mesi per gli esercizi stagionali)** precedenti la richiesta stessa.
- ⇒ Il soggetto disabile deve far parte dello Stato di Famiglia del beneficiario.
- ⇒ Il contributo verrà materialmente erogato in base alle disponibilità finanziarie fino al limite della somma stanziata. Il contributo sarà assegnato in base al numero di protocollo e fino ad esaurimento fondo.
- ⇒ Le domande dovranno essere completate in ogni loro parte, firmate e complete di allegati richiesti. La firma dovrà essere posta in originale. **Non saranno accettate richieste incomplete.**
Non verranno inoltre accettate domande che negano il consenso del trattamento dei dati. In tal caso la pratica non è ricevibile e pertanto verrà respinta.
- ⇒ L'Ente Bilaterale deciderà sulla conformità delle domande sulla base di quanto previsto dal regolamento approvato.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

<input type="checkbox"/>	Certificazione di condizione di disabile (attestato medico)
<input type="checkbox"/>	Fattura/e quietanziate relativa al/ai corso/i di riabilitazione effettuato/i (o eventualmente fattura/e copia bonifico/i)
<input type="checkbox"/>	Modello reddituale con allegata copia pagina riassuntiva del 730/Unico o copia CU



DATORI DI LAVORO

PARTE RISERVATA EBT			
PROTOCOLLO			
DATA RICEV.			
DATA COMMISSIONE			
ESITO	ACCOLTA	RESPINTA	SOSPESA
IMPORTO LIQUIDATO			

SETTORE DI APPARTENENZA COMMERCIO TURISMO

Il/la sottoscritto/a _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. (cell.) _____ **e-Mail** _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Attività: _____

CONSULENTE _____

E-mail: _____

PRESENTA LA DOMANDA E L'ASSEGNAZIONE DI

CONTRIBUTO CORSI RIABILITAZIONE FIGLI DISABILI

E DICHIARA:

- DI ACCETTARE EVENTUALI CONTROLLI O VERIFICHE DA PARTE DELL'ENTE SULLA REGOLARITA' DEI VERSAMENTI, SUI REQUISITI INDICATI NEL REGOLAMENTO PER L'ASSEGNAZIONE DEL SUSSIDIO E SUI DOCUMENTI RICHIESTI
- CHE L' AZIENDA DI CUI E' TITOLARE E' ISCRITTA ALL' ENTE BILATERALE ED E' IN REGOLA CON I VERSAMENTI ASSOCIATIVI DA ALMENO 6 MESI (3 SE STAGIONALE)
- DI AVER LETTO E AUTORIZZATO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

FIRMA

DATA ____/____/20__

MODALITA' DI PAGAMENTO

Dati richiedente: (nome e cognome/ Ditta) _____

Assegno bancario non trasferibile (da ritirare presso ufficio EBT)

Bonifico bancario: banca _____

IBAN _____

Intestato a: _____

N.B. Al fine di velocizzare e snellire l'erogazione del contributo è consigliabile indicare bonifico. In caso di assegno opportuno specificare il numero di telefono o indirizzo E-mail, per la comunicazione della data di riscossione.

**Trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 Regolamento Europeo -
GDPR 2016/679 sulla protezione dei dati personali**

MODULO DI CONSENSO

Io sottoscritto/a _____, nella mia qualità di interessato al trattamento, letta e compresa l'informativa (vedi www.ebtsondrio.it), della quale ho preso integrale visione nel complesso ed in ogni sua parte

Presto NON Presto

il consenso al trattamento dei miei dati personali di natura particolare ex art 9 GDPR (tra cui quelli idonei a rilevare lo stato di salute) secondo quanto e nei limiti stabiliti dalle finalità specificate nell'informativa sopra esposta.

Firma dell'interessato: _____

Luogo _____ data __/__/__

**COMPILAZIONE RISERVATA AL GENITORE (o a colui che ne fa le veci) DEL SOGGETTO
MINORE DI 18 ANNI**

Io sottoscritto _____, dichiaro che il soggetto a favore del quale si fa richiesta del servizio e/o della prestazione sussidiaria o contributiva ha un'età inferiore ad anni 18 e in qualità di genitore /tutore (o di colui che ne fa le veci)

Presto NON Presto

il consenso al trattamento dei dati personali del soggetto minore di natura particolare ex art 9 GDPR (tra cui quelli idonei a rilevare lo stato di salute) secondo quanto e nei limiti stabiliti dalle finalità specificate nell'informativa (vedi www.ebtsondrio.it).

Firma del genitore /tutore (o di colui che ne fa le veci): _____

Luogo _____ data __/__/__

**AUTODICHIARAZIONE DI NON PERCEPIRE ALTRO SUSSIDIO ALLO STESSO
TITOLO**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/_____ C.F. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di non aver percepito contributi simili da altri Enti pubblici o privati, per lo stesso titolo, nell'anno per cui si avanza la richiesta

Luogo, _____

Firma del beneficiario
(per esteso e leggibile)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DI STATO DI FAMIGLIA**

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

(allegare copia Codice Fiscale beneficiario)

Il/la sottoscritto/a

cognome nome

nato/a a (prov.) il

e residente in (prov.),

via n.,

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA

che la propria famiglia anagrafica è così composta:

1. Il/la dichiarante

2.

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

3.

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

4.

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

5.

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

6.

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

(segue)

.....

(data)

Il/la dichiarante

(firma per esteso e leggibile)

Esente da autentica di firma e da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000. Può essere presentata ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

N.B.: conformemente a quanto disciplinato dall'art. 13 del Reg. UE 679/2016, si comunica che i dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.

DICHIARAZIONE DEI REDDITI FAMILIARI PRODOTTI NELL'ANNO 2019

1. Indicare i componenti del nucleo familiare compreso il richiedente

(Dichiarazione sostitutiva della certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR445/2000)

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

Dati del richiedente

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO IL

A PROV. STATO

- residente in Italia IN _____ PROV. _____ CAP _____
 residente all'estero INDIRIZZO _____ STATO _____

Altri componenti il nucleo familiare

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO IL

A PROV. STATO

RELAZIONE DI PARENTELA

- residente con il richiedente inabile
 residente in Italia IN _____ PROV. _____ CAP _____
 residente all'estero INDIRIZZO _____ STATO _____

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO IL

A PROV. STATO

RELAZIONE DI PARENTELA

- residente con il richiedente inabile
 residente in Italia IN _____ PROV. _____ CAP _____
 residente all'estero INDIRIZZO _____ STATO _____

PER L'ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA IL DOCUMENTO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO IL

A PROV. STATO

RELAZIONE DI PARENTELA

residente con il richiedente inabile

residente in Italia IN _____ PROV. _____ CAP _____

residente all'estero INDIRIZZO _____ STATO _____

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO IL

A PROV. STATO

RELAZIONE DI PARENTELA

residente con il richiedente inabile

residente in Italia IN _____ PROV. _____ CAP _____

residente all'estero INDIRIZZO _____ STATO _____

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO IL

A PROV. STATO

RELAZIONE DI PARENTELA

residente con il richiedente inabile

residente in Italia IN _____ PROV. _____ CAP _____

residente all'estero INDIRIZZO _____ STATO _____

2. Redditi conseguiti dal richiedente e dai componenti il nucleo

Indicare i redditi IRPEF e i redditi esenti da imposta o soggetti a ritenuta alla fonte a titolo d'imposta o imposta sostitutiva

Nell'anno **2019** io e i miei familiari

- non abbiamo conseguito redditi
- abbiamo conseguito i seguenti redditi

I redditi devono essere indicati al lordo delle deduzioni e detrazioni d'imposta, degli oneri deducibili e delle ritenute erariali.

3. Redditi assoggettabili a irpef

- **redditi da lavoro dipendente e assimilati**: assimilati (da pensione, da prestazione quale disoccupazione, malattia, cassa integrazione, ecc... percepiti in Italia che all'esterno, compresi gli arretrati.
- **altri redditi**: redditi di qualsiasi natura derivanti da lavoro autonomo, fabbricati, da terreni, al lordo dell'eventuale detrazione dell'abitazione principale.
- **mod. fiscale**: indicare il tipo di modello fiscale su cui è riportato l'importo dei vari redditi dichiarati (CU o certificazione reddituale, 730, Unico, 770)
- **reddito complessivo**: è il totale complessivo dei redditi dato dalla somma del reddito da lavoro **dipendente e assimilati** (1) e altri **redditi** (2)

TABELLA A

TITOLARE DEI REDDITI	REDDITI ASSOGGETTABILI ALL'IRPEF			
	1	2	3	4
	reddito da lavoro dipendente e assimilato	altri redditi	mod. fiscale	reddito COMPLESSIVO
RICHIEDENTE				
CONIUGE				
FAMILIARI				
TOTALE				

4. Redditi esenti da imposta (Irpef) o soggetti a ritenuta alla fonte a titolo d'imposta o imposta sostitutiva

- **redditi da lavoro dipendente e assimilati:** tutti i redditi provenienti dalle pensioni, da assegni e indennità per i non vedenti, sordomuti e invalidi civili, pensioni sociali, assegni accessori per le pensioni privilegiate, ecc...
- **altri redditi:** interessi bancari e postali, premi del lotto e dei concorsi pronostici, rendite da buoni del tesoro, ecc..
- **mod. fiscale:** indicare il tipo di modello fiscale rilasciato dall'Ente erogatore
- **reddito complessivo:** è il totale complessivo dei redditi dato dalla somma del reddito da lavoro **dipendente e assimilati** (1) e altri redditi (2)

TABELLA B

TITOLARE DEI REDDITI	REDDITI ESENTI DA IMPOSTA O SOGGETTI A RITENUTA ALLA FONTE A TITOLO D'IMPOSTA O IMPOSTA SOSTITUTIVA			
	1	2	3	4
	reddito da lavoro dipendente e assimilato	altri redditi	mod. fiscale	reddito COMPLESSIVO
RICHIEDENTE				
CONIUGE				
FAMILIARI				
TOTALE				

5. Redditi che non si dichiarano

Trattamenti di famiglia dovuti per legge, arretrati di prestazioni di integrazione salariale riferiti ad anni precedenti; TFR; anticipazione sul TFR; pensioni di guerra; rendite vitalizia INAIL; indennità di accompagnamento agli invalidi civili, ai ciechi assoluti, ai minori invalidi non deambulanti, ai pensionati di inabilità, ecc...; indennizzo per danni irreversibili da vaccinazioni obbligatorie, da trasfusioni e somministrazione di emoderivati.

6. Totale redditi

reddito COMPLESSIVO		
TABELLA A	TABELLA B	TOTALE

Data _____

Firma del dichiarante

Allegare: pagina riassuntiva modello 730/UNICO o CU relativi