

RICHIESTA RIMBORSO SPESE

Il sottoscritto nato il

Codice Fiscale residente in

Via rivolge domanda per ottenere la sotto indicata prestazione ed allega la documentazione richiesta (vedi istruzioni e requisiti a tergo del presente modulo) :

PRESTAZIONI PER IL LAVORATORE E FAMILIARI A CARICO

(barrare la relativa casella) 6 ☐ PER IL LAVORATORE 7 ☐ PER FAMILIARI A CARICO

- | | |
|--|---|
| 1 ☐ BUSTO ORTOPEDICO | 8 ☐ GINOCCHIERE |
| 2 ☐ CORSETTO ORTOP. PER ARTROSI | 9 ☐ STAMPELLE |
| 3 ☐ CINTO ERNIARIO | 10 ☐ PROTESI DENTARIA (solo sostituzione elementi) |
| 4 ☐ COLLARE ORTOPEDICO | 11 ☐ APPARECCHIO ACUSTICO |
| 5 ☐ PLANTARI | 12 ☐ OCCHIALI |
| 6 ☐ VENTRIERE | 13 ☐ APPARECCHIO ORTODONTICO (solo familiari) |
| 7 ☐ CALZE ELASTICHE | 14 ☐ SCARPE ORTOPEDICHE |

Data

.....
FIRMA DEL LAVORATORE

EVENTUALI PRESTAZIONI LAVORATIVE EFFETTUATE FUORI PROVINCIA NEI 12 MESI PRECEDENTI L'EVENTO (indicare le province)

■ Cassa Edile ■ Cassa Edile ■ Cassa Edile

DICHIARAZIONE DELL'IMPRESA

La sottoscritta Impresa - iscritta alla Cassa Edile con numero di posizione dichiara che il sopra indicato lavoratore risulta in forza ed è alle proprie dipendenze dal

Data

.....
Timbro e firma dell'Impresa

RISERVATO ALLA CASSA EDILE

FATTURA DEL IMPORTO €. N° ELEMENTI

LIQUIDATE €. LIQ. DEL

.....
L'incaricato addetto

TERMINE DI PRESENTAZIONI DELLA DOMANDA 30 GIORNI DALLA DATA DELLA QUIETANZA

RIMBORSI SPESE PER PROTESI ED APPARECCHI SANITARI PERSONALI DEL LAVORATORE E PER FAMILIARI A CARICO DEL LAVORATORE

La Cassa Edile corrisponde ai lavoratori o ai familiari a carico dei lavoratori, detraendo eventuali rimborsi erogati dall'USL e/o dall'INPS un contributo per l'acquisto delle seguenti protesi ed apparecchi sanitari necessari agli stessi:

ELENCO PRESTAZIONI	RIMBORSO MASSIMO PER LAVORATORE	RIMBORSO MASSIMO PER FAMILIARI	NUMERO PRESTAZIONI
BUSTO ORTOPEDICO	Euro 103,29	Euro 77,47	due annuali
CORSETTO ORTOPEDICO	Euro 103,29	Euro 77,47	due annuali
CINTO ERNIARIO	Euro 51,65	Euro 38,73	due annuali
COLLARE ORTOPEDICO	Euro 36,15	Euro 27,11	due annuali
VENTRIERE	Euro 25,82	Euro 19,37	due annuali
CALZE ELASTICHE	Euro 25,82	Euro 17,82	due annuali
GINOCCHIERE	Euro 25,82	Euro 19,11	due annuali
STAMPELLE	Euro 25,82	Euro 19,11	due annuali
PLANTARI	Euro 51,65	Euro 38,73	una annuale
SCARPE ORTOPEDICHE	Euro 154,92	Euro 116,20	una annuale
PROTESI DENTARIA: per dente fino ad un massimo	Euro 51,65 Euro 1.032,91	Euro 38,73 Euro 774,69	una biennale
APPARECCHIO ACUSTICO	€ 516,46 (L. 1.000.000)	€ 387,34 (L. 750.000)	una biennale
OCCHIALI	€ 154,92 (L. 300.000)	€ 116,20 (L. 225.000)	una biennale
APPARECCHIO ORTODONTICO CORRETTIVO	solo per familiari a carico	€ 516,46 (L. 1.000.000)	Una* tantum

N.B. – per protesi dentarie si intende esclusivamente la sostituzione di denti e non riparazioni o cure conservative;

- il rimborso dell'apparecchio ortodontico viene effettuato una sola volta nell'arco della vita del lavoratore.

LA SOMMA ANNUALE DEI RIMBORSI NON PUO' SUPERARE IL SEGUENTE IMPORTO:

PER IL LAVORATORE →→→ → € 1.652,66

PER I FAMILIARI →→→ → € 1.239,50

REQUISITI RICHIESTI

Ha diritto alla prestazione il lavoratore non in prova, dipendente da Impresa iscritta alla Cassa Edile della Provincia di Savona ed in regola con i versamenti dei contributi e degli accantonamenti dovuti contrattualmente, che abbia maturato anche in più circoscrizioni, nei dodici mesi precedenti l'evento almeno 800 ore di lavoro ordinario, anche se prestate presso più imprese del settore, purché regolarmente denunciate alle Casse Edili.

A questi effetti, sono assimilate alle ore ordinarie di lavoro, le ore di assenza per malattia, infortunio e malattia professionale indennizzate dall'INPS e dall'INAIL, le ore di assenza per congedo matrimoniale, nonché, nel caso di ripresa dell'attività lavorativa presso un'Impresa iscritta alla Cassa Edile, le ore di servizio militare nei limiti della conservazione del posto.

Le prestazioni di cui trattasi, nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, competono anche per il periodo di disoccupazione speciale.

COME OTTENERE LA PRESTAZIONE

Il lavoratore deve presentare domanda alla Cassa Edile, utilizzando il presente modulo, corredato dalla seguente documentazione:

- ☐ Certificato medico da cui risulti la particolare prescrizione;
- ☐ Idonea documentazione fiscale (fattura originale quietanzata o ricevuta fiscale);
- ☐ Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro per disoccupazione speciale: certificato di disoccupazione.

PER LE RICHIESTE DI RIMBORSO A FAVORE DEI FAMILIARI A CARICO DEL LAVORATORE, OLTRE ALLA DOCUMENTAZIONE SOPRA INDICATA DEVONO ESSERE ALLEGATI:

- ☐ Certificato di stato di famiglia o dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- ☐ Copia dell'ultimo Modello CUD attestante i familiari a carico.

TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DELLA QUIETANZA