

Spett/le

CASSA EDILE AGRIGENTINA DI MUTUALITÀ ED ASSISTENZA

Via P. S. Mattarella, 107

92100 AGRIGENTO

Tel. 0922602079- Fax 0922602228

WEB : <http://www.ceama.it>

Il sottoscritto lavoratore _____ nato il _____
a _____ prov. _____ cod. fiscale _____
e residente in via _____ CAP _____
città _____ prov. _____ tel. _____
essendo stato dipendente dell'Impresa _____

CHIEDE

PRESTAZIONI		IMPORTO LORDO	
<input type="checkbox"/>	1. CONTRIBUTO NOZZE <i>REQUISITI:</i> Essere dipendente d'impresa iscritta alla Cassa Edile ed avere 600 ore nei 12 mesi precedenti l'evento.	<i>DOCUMENTAZIONE:</i> Certificato di Matrimonio Stato di Famiglia	€ 500,00
<input type="checkbox"/>	2. CONTRIBUTO DI NATALITA' <i>REQUISITI:</i> Essere dipendente d'impresa iscritta alla Cassa Edile ed avere 600 ore nei 12 mesi precedenti l'evento.	<i>DOCUMENTAZIONE:</i> Certificato di Nascita Stato di Famiglia	€ 200,00
<input type="checkbox"/>	3. ASSISTENZA AI FIGLI DISABILI <i>REQUISITI:</i> Essere dipendente d'impresa iscritta alla Cassa Edile ed avere 600 ore nei 12 mesi precedenti la presentazione della domanda stessa.	<i>DOCUMENTAZIONE:</i> Cartella sanitaria Stato di Famiglia	€ 600,00
<input type="checkbox"/>	4. CONTRIBUTO PER DECESSO LAVORATORE <i>REQUISITI:</i> Un versamento nei 12 mesi precedenti l'evento.	<i>DOCUMENTAZIONE:</i> Certificato di Morte Stato di Famiglia	€ 1.500,00
<input type="checkbox"/>	5. CONTRIBUTO SPESE LUTTO FAMILIARI <i>REQUISITI:</i> 500 ore nei 6 mesi precedenti l'evento e che il deceduto faccia parte del nucleo familiare del lavoratore.	<i>DOCUMENTAZIONE:</i> Stato di Famiglia Certificato di Morte	€ 200,00
<input type="checkbox"/>	6. PROTESI OCULISTICHE <i>REQUISITI:</i> Essere dipendente d'impresa iscritta alla Cassa Edile ed avere 600 ore nei 12 mesi precedenti l'evento.	Per il Lavoratore: <input type="checkbox"/> Familiare a carico: <input type="checkbox"/> <i>DOCUMENTAZIONE:</i> Stato di Famiglia Certificato Medico	€ 100,00 € 50,00
<input type="checkbox"/>	7. PROTESI DENTARIE <i>REQUISITI:</i> Essere dipendente d'impresa iscritta alla Cassa Edile ed avere 600 ore nei 12 mesi precedenti l'evento.	Per il Lavoratore: <input type="checkbox"/> Familiare a carico: <input type="checkbox"/> <i>DOCUMENTAZIONE:</i> Stato di Famiglia Fattura dell'intervento	€ 200,00 € 100,00
<input type="checkbox"/>	8. APE STRAORDINARIA 300 ORE <i>REQUISITI:</i> Iscrizione alla Cassa Edile nei 24 mesi precedenti l'evento e di avere percepito almeno un'erogazione di APE ORDINARIA.	<i>DOCUMENTAZIONE:</i> Certificato di Pensione INPS d'Inabilità Permanente Assoluta o Certificato di Decesso del Lavoratore	
<input type="checkbox"/>	9. SUSSIDIO STRAORDINARIO <i>REQUISITI:</i> 600 ore nei 6 mesi precedenti l'evento.	<i>DOCUMENTAZIONE:</i> Fatture, Ricevute Fiscali, Certificazione Medica o Cartella Clinica in originale	

Si dichiara che nessuna domanda è stata presentata nè verrà presentata ad altra Cassa Edile.

_____, lì ___/___/____

FIRMA
