

EBAT CIMI CREMONA ENTE BILATERALE AGRICOLO TERRITORIALE CREMONESE

Via Dell'Innovazione Digitale nr.8 – 26100 Cremona

Tel.: 0372/22638-25815 – fax: 0372/35908

a.beduschi@capacimi.it – s.gandolfi@capacimi.it

RICHIESTA DI INTEGRAZIONE SPESE ANNO 2023

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via/Piazza _____

Tel. _____ e-mail _____

(si prega indicare sempre un recapito telefonico ed eventuale e-mail)

Stato civile _____ codice fiscale coniuge _____

(obbligatorio se coniugato o separato)

Presento la seguente richiesta di integrazione spese per l'anno 2023

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CURE TERMALI INPS /ASL | <input type="checkbox"/> SPESE PER PROTESI ORTOPEDICHE |
| <input type="checkbox"/> TICKET SU SPESE MEDICHE SPECIALISTICHE | <input type="checkbox"/> SPESE PER HANDICAP DEBILITANTI |
| <input type="checkbox"/> SPESE PER PROTESI OCULISTICHE | <input type="checkbox"/> RIMBORSO COSTO DICHIARAZIONE DEI REDDITI |
| <input type="checkbox"/> SPESE PER PROTESI ACUSTICHE | <input type="checkbox"/> CONTRIBUTO SOSTEGNO REDDITO ART. 36 / 50 CPL |

Allego i seguenti documenti:

- DOCUMENTAZIONE INPS / ASL PER CURE TERMALI
- FOTOCOPIE DELLE RICEVUTE DEI TICKET PAGATI
- FOTOCOPIE DELLE PRESCRIZIONI MEDICHE E DELLE FATTURE
- BUSTA PAGA DEL RICHIEDENTE
- RICEVUTA FISCALE E COPIA CERTIFICAZIONE UNICA OPPURE BUSTA PAGA (solo per richiesta rimborso dichiarazione dei redditi)
- LETTERA LICENZIAMENTO ISCRIZIONE AL COLLOCAMENTO CON STATO DI DISOCCUPAZIONE (MOD.C/2 STORICO) (solo per richiesta contributo sostegno al reddito art. 36/50 CPL)

IBAN _____

Banca/Posta _____ Filiale di _____

Si ricorda che l'importo delle spese mediche rimborsate dalla Cassa, non può essere inserito nella dichiarazione dei redditi. Il sottoscritto consapevole delle conseguenze che possono derivare da un comportamento non corretto si assume integralmente le proprie responsabilità.

“Io sottoscritto, ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento secondo le finalità riportate e preso atto che il trattamento è necessario all'esecuzione del contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta e preso atto che in qualsiasi momento potrò esercitare i diritti riportati negli artt. da 15 a 22 del GDPR 2016/679”.

Esprime il consenso al trattamento. L'informativa completa si trova: <https://www.capacimicr.it/privacy-e-cookie/>

Cremona, _____

Il Richiedente

Firma _____

PRESTAZIONI AMMESSE

- 1. CURE TERMALI RICONOSCIUTE DALL'INPS**
Fino ad un massimo di Euro 11,80/giornalieri
- 2. CURE TERMALI RICONOSCIUTE DALL'A.S.L.**
Fino ad un massimo di Euro 18,59/giornalieri
- 3. TICKET SU SPESE MEDICHE** (compreso ticket su esami del sangue)
Fino ad un massimo di Euro 50,00 per ogni prestazione
- 4. SPESE PER PROTESI OCULISTICHE** (montature e lenti da vista)
Rimborsate al 100% fino ad un massimo di Euro 250,00/annue
(alla fattura va allegata la visita oculistica e/o misurazione della vista effettuata dall'ottico)
- 5. SPESE PER PROTESI ACUSTICHE**
Rimborsate al 50% fino ad un massimo di Euro 310,00/annue
- 6. SPESE PER PROTESI ORTOPEDICHE E CURE FISIOTERAPICHE**
Rimborsate al 50% fino ad un massimo di Euro 200,00/anno
- 7. SPESE PER ACQUISTO, NOLEGGIO, CURE FISIOTERAPICHE INERENTI AD HANDICAP DEBILITANTI, ADEGUATAMENTE DOCUMENTATE**
Rimborsate fino ad un massimo di Euro 500,00/anno
- 8. VISITE SPECIALISTICHE PRIVATE PARTICOLARMENTE URGENTI, ADEGUATAMENTE DOCUMENTATE DA CERTIFICAZIONE MEDICA,**
Rimborsate fino ad un massimo di Euro 50,00 per ogni prestazione
- 9. RIMBORSO COSTO DICHIARAZIONE DEI REDDITI**
Rimborsate fino ad un massimo di Euro 23,00 per ogni dichiarazione
- 10. CONTRIBUTO SOSTEGNO REDDITO ARTT. 36 /50 CPL**
Rimborso complessivo di Euro 4.500,00 lorde per un massimo di 90 giorni (riparametrati in base alla percentuale tempo pieno/part time)

Verranno accolte le richieste di integrazione per spese sostenute nell'anno e presentate a questa Cassa entro e non oltre MARZO dell'anno successivo.

Le richieste dovranno essere accompagnate dalle fotocopie attestanti le spese mediche sostenute.

(aggiornamento del 21/12/2023)