



COSTO DELLA PRATICA PER I NON ISCRITTI CGIL*

10 €

<http://www.cgillegnano.it/patronato-inca/>

DOMANDA BONUS BEBE'

Per la presentazione della domanda è necessario recarsi al **PATRONATO INCA CGIL MUNITI DEI SEGUENTI DOCUMENTI IN FOTOCOPIA**

- carta d'identità e tessera sanitaria del richiedente convivente col minore
- tessera sanitaria del bambino
- **codice Iban Banca/Posta + modello SR163 compilato da banca o posta in originale**
- modello ISEE in corso di validità* (non copia, solo in visione)
- permesso di soggiorno per cittadini stranieri
- In caso di affido pre-adoattivo o adozione occorre portare relativa sentenza

NB: SE NON IN POSSESSO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN FOTOCOPIA LA PRATICA NON VERRA' ACQUISITA E SARA' NECESSARIO TORNARE

INFORMATIVA BREVE

DECORRENZA.

La domanda va presentata entro 90g dalla data di nascita o adozione/affido pre adottivo del minore perchè il bonus venga pagato dall'ingresso in famiglia del minore. Diversamente il bonus verrà erogato dal mese di presentazione della domanda.

IMPORTO SPETTANTE FINO AL 1° ANNO DI VITA DEL BAMBINO O FINO AL 1° ANNO DALL'INGRESSO IN FAMIGLIA DEL MINORE IN CASO DI AFFIDO/ADOZIONE

- Euro 160,00 mensili (€ 1.920,00 annuali) qualora l'ISEE del nucleo familiare del richiedente non superi Euro 7.000,00;

- Euro 80,00 mensili (€ 960,00 annuali) nel caso in cui l'ISEE del nucleo familiare del richiedente sia di valore compreso tra Euro 7.000,01 ed Euro 25.000,00.

A SCADENZA DELL'ISEE QUESTO VA RINNOVATO ENTRO IL 31 GENNAIO PER NON SUBIRE SOSPENSIONI (NON OCCORRE NUOVA DOMANDA INPS)

***E' INOLTRE RESPONSABILITA' DELL'UTENTE VERIFICARE CHE IL MOD ISEE PRESENTATO IN SEDE DI PRIMA ISTANZA SIA IN CORSO DI VALIDITA' E CORRISPONDENTE ALLE VIGENTI NORMATIVE**

* ai sensi della lg articolo 9 comma 2, articolo 10 commi 1 e 3, articolo 18 comma 2 della Legge 12/5/2001 n.152

Richiesta di pagamento delle prestazioni a sostegno del reddito - 1/2

ALL'UFFICIO INPS DI

COGNOME NOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

RESIDENTE/DOMICILIATO IN

PROV. STATO

INDIRIZZO CAP

TELEFONO * CELLULARE *

INDIRIZZO E-MAIL*

Poiché ho richiesto la seguente prestazione:

Chiedo il pagamento con:

- bonifico domiciliato presso Ufficio Postale (il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)
- conto corrente bancario o postale - Libretto postale - Carte di pagamento dotate di IBAN presso:

BANCA/POSTA

AGENZIA N./FILIALE INDIRIZZO

CAP CITTÀ



Richiesta di pagamento delle prestazioni a sostegno del reddito - 2/2

Se il pagamento è richiesto con accredito su conto corrente bancario o postale, su libretto postale o su carta prepagata, la Banca o la Posta deve compilare la parte sottostante.

SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO

CODICE IBAN
(composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____

timbro della banca/posta

SUL MIO LIBRETTO POSTALE

CODICE IBAN
(composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____

timbro della posta

SU CARTA PREPAGATA N. _____

CODICE IBAN
(composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____

timbro della banca/posta

Dichiaro che l'IBAN indicato è a me intestato ed è abbinato al seguente:

CODICE FISCALE

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dell'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del seguente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore della struttura territorialmente competente anche per il tramite dell'agenzia stessa.