



E.Bi.N.Vi.P.
Ente Bilaterale Nazionale
Vigilanza Privata

REGOLAMENTO ATTUATIVO DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA INTEGRATIVA

ART. 1

(Le prestazioni di Assistenza Integrativa)

Ebinvip eroga:

- A. un **contributo una tantum pari a 500,00 €** lordi in favore delle Guardie Particolari Giurate dipendenti da Istituti di Vigilanza Privata iscritti a Ebinvip e in regola con i versamenti, per ogni figlio nato a far capo dal 15 aprile al 31 dicembre 2009 (ASSEGNO PER NASCITA);
- B. un **contributo annuo pari a 500,00 €** lordi in favore delle Guardie Particolari Giurate dipendenti da Istituti di Vigilanza Privata iscritti a Ebinvip ed in regola con i versamenti contrattuali, per ogni figlio a carico portatore di una invalidità riconosciuta non inferiore al 70% (CONTRIBUTO PER FIGLI PORTATORI DI INVALIDITÀ);

ART. 2

(Ambito di applicazione)

Hanno diritto alla prestazione di cui al precedente articolo 1, le Guardie Particolari dipendenti da istituti di Vigilanza Privata in regola con i versamenti del contributo di assistenza contrattuale di cui all'articolo 8 del CCNL.

Si intendono in regola con i versamenti, le Guardie Particolari Giurate e gli Istituti di Vigilanza Privata per i quali il contributo sopra richiamato sia versato in modo regolare e continuativo sin dal momento della prima iscrizione, se antecedente l'anno della richiesta di prestazione, ovvero da almeno un anno.

ART. 3

(Modalità di domanda e documentazione da allegare)

L'erogazione del contributo avviene direttamente a favore dell'avente diritto (prestazione diretta) dietro presentazione, di apposita domanda da indirizzare a:

Ebinvip – Via Gaeta, 23 – 00185 Roma, utilizzando l'apposito modulo ed allegando la seguente documentazione.

Ai fini della domanda di contributo di cui al punto A) dell'articolo 1 (ASSEGNO PER NASCITA):

- a) certificato di nascita del nuovo nato;
- b) stato di famiglia;
- c) dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal proprio datore di lavoro.

Ai fini della domanda di cui al punto B dell'articolo 1 (CONTRIBUTO PER FIGLI PORTATORI DI INVALIDITÀ):

- a) certificazione della competente ASL attestante i requisiti di invalidità civile;
- b) stato di famiglia;
- c) fotocopia ultima certificazione fiscale rilasciata dal proprio datore di lavoro (modello CUD) od altra idonea documentazione fiscale da dove risulti il carico fiscale del soggetto richiedente il contributo;
- d) dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal datore di lavoro.

Qualora il soggetto invalido raggiunga la maggiore età si deve procedere alla richiesta di rinnovo della documentazione medica attestante i requisiti di invalidità che dovrà essere pertanto prodotta con l'indicazione della percentuale di invalidità.

In tutti gli altri casi, qualora la documentazione medica attestante i requisiti di invalidità sia stata rilasciata da più di 5 anni, si deve procedere alla richiesta di rinnovo della certificazione stessa.

Per la dichiarazione della regolarità contributiva del datore di lavoro si allega il modulo MRC/09.

Art. 5

(Termini di presentazione)

La domanda per l'ottenimento delle prestazioni di Assistenza Integrativa di cui all'articolo 1 deve necessariamente essere inoltrata:

- nella ipotesi prevista alla lettera A) (assegno per nascita) entro 3 mesi dal verificarsi dell'evento;
- nelle ipotesi previste alla lettera B) (contributo per figli portatori di invalidità) entro 3 mesi dalla fine dell'annualità per la quale si richiede il contributo.

ART. 6

(Lavoro a tempo parziale)

Nel caso di rapporto di lavoro a tempo parziale (artt. 55, 56, 57 e 67 CCNL per i dipendenti da Istituti di Vigilanza privata) gli importi dei contributi spettano in misura intera.

Un medesimo fatto o accadimento può essere oggetto di contributo una sola volta anche in presenza di più rapporti di lavoro a tempo parziale intrattenuti dal medesimo dipendente presso diversi datori di lavoro.

ART. 7 (Entrata in vigore)

Il presente regolamento di Assistenza Integrativa entra in vigore il 15 aprile 2009.

**MODULO DI DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO
DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA INTEGRATIVA**

**DATI RELATIVI AL
RICHIEDENTE LA
PRESTAZIONE**

Cognome _____ Nome _____
Via/P.zza e numero civico di residenza _____ C.A.P. _____
Comune _____ Prov. _____ Telefono _____ e@mail _____

nella sua qualità di dipendente

Data di assunzione _____ Livello professionale _____ Tempo parziale (barrare se si)
/ /

**DATI RELATIVI AL
DATORE DI
LAVORO**

Ragione sociale o forma giuridica del datore di lavoro _____ Matricola INPS _____
Via e numero civico del datore di lavoro _____ C.A.P. _____
Comune _____ Prov.(sigla) _____

**RICHIESTA
della
PRESTAZIONE**

chiede l'erogazione della seguente prestazione

A) Assegno per nascita B) Contributo per figli portatori di invalidità

**DOCUMENTAZIO-
NE ALLEGATA**

(unire a seconda
del tipo di richiesta
la documentazione
indicata)

Ai fini della domanda di cui sopra si allega la seguente documentazione (barrare le caselle interessate)

A) Nel caso di richiesta di assegno per nascita: 1) Certificato di nascita 2) Stato di famiglia
 3) Dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal datore di lavoro (modulo MRC/09)

B) Nel caso di richiesta contributo per figli portatori di invalidità: 1) Stato di famiglia 2) Fotocopia modello CUD
 3) Certificazione della competente ASL attestante i requisiti di invalidità civile richiesti
 4) Dichiarazione di regolarità contributiva firmata dal datore di lavoro (modulo MRC/09)

**MODALITA' DI
ACCREDITO**

(scegliere una
delle 3 alternative
indicate)

Indicare la preferita modalità di pagamento

1) Bonifico bancario su c/c IBAN _____
intestato a _____ presso (banca, ag.) _____
 2) Versamento sul c/c postale n. _____ intestato a _____
 3) Assegno circolare non trasferibile intestato a _____

DATA E FIRMA

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA
ai fini del riconoscimento delle prestazioni di
Assistenza Integrativa erogate da Ebinvip

Il/la sottoscritto/a _____

nella sua qualità di

Legale rappresentante dell'Istituto di Vigilanza Privata

Ragione sociale: _____

Indirizzo: Via/P.zza _____ CAP _____

Località _____ Prov. _____

Tel. _____

P.I./C.F. _____

matricola INPS n° (indicare sempre): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ai fini del riconoscimento delle prestazioni di Assistenza Integrativa erogate dall'Ebinvip a favore delle Guardie Particolari Giurate da Istituti di Vigilanza Privata.

dichiara sotto la propria responsabilità

di aver in oggi ____/____/____ alle proprie dipendenze il/la Sig./Sig.ra (cognome e nome)

C.F. ; e che, in relazione a detto dipendente, i contributi di assistenza contrattuale di cui all'articolo 8 del CCNL per i dipendenti da Istituti di Vigilanza Privata risultano regolarmente versati sin dal momento della prima iscrizione dell'Istituto di Vigilanza.

Distinti saluti.

Data

Firma.....