

Allegato A.4

AVVISO PUBBLICO

“LOMBARDIA PER LE DONNE – VOUCHER SERVIZI DI CURA”

*PROGRAMMA REGIONALE FSE+ 2014-2020
(PRIORITÀ 1, ESO4.1, AZIONE A.1)*

Decreto n. del e ss.mm.ii.

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE

Spett.le Regione Lombardia
Piazza Città di Lombardia, 1
20124 - Milano

ID Domanda di Liquidazione

ID Domanda di Contributo

CUP: E81D24000540009

Io sottoscritta

nata a il

residente in via, n..... Comune..... Prov. (.....) Cap

e/o domicilio in via, n..... Comune..... Prov. (.....) Cap

CF.....

Tel E-mail

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR n. 445 del 2000, sotto la propria responsabilità

CHIEDO

il rimborso delle spese sostenute per:

- l'acquisto dei servizi di baby-sitting, educazione, assistenza e cura (di seguito "servizi di cura"), per un importo complessivo pari a euro
- l'acquisto del servizio di gestione amministrativa del contratto di lavoro stipulato con persona fisica, per un importo complessivo pari a euro

DICHIARO

- ✓ di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dall'Avviso per richiedere la liquidazione a rimborso delle spese sostenute nell'ambito dell'Avviso "Lombardia per le donne – Voucher Servizi di Cura";
- ✓ di essere occupata con un contratto di lavoro subordinato o parasubordinato, ovvero di aver cessato il contratto di lavoro il giorno xx/xx/xxxx
- ✓ di avere una Partita IVA attiva, ovvero di aver chiuso la Partita IVA in data xx/xx/xxxx
- ✓ di essere titolare di impresa individuale, ovvero di aver chiuso l'impresa individuale in data xx/xx/xxxx
- ✓ che le spese dichiarate, in questa richiesta di liquidazione, sono state sostenute per i servizi di cura destinati alla persona indicata in fase di richiesta di contributo, che ha mantenuto i requisiti previsti dell'avviso;
- ✓ che i dati riportati nella presente domanda sono veri e conformi alla documentazione in mio possesso;
- ✓ di essere consapevole che i documenti comprovanti la fruizione e l'erogazione del servizio possono essere richiesti da Regione Lombardia in qualunque momento;
- ✓ di non aver percepito e di impegnarsi a non richiedere altri finanziamenti pubblici per la fruizione dei servizi rendicontati con la presente domanda di liquidazione;
- ✓ che l'importo richiesto è riferito ai seguenti mesi:

Mese di riferimento della spesa	Importo rendicontato	Importo richiesto

COMUNICO di seguito, i dati del conto corrente, a me intestato, sul quale desidero ricevere i rimborsi

Denominazione intestataria	
Banca	
Agenzia n.	
Conto corrente n.	
CIN	
ABI	
CAB	
Codice IBAN	

AUTORIZZO

il trattamento dei dati personali come da Informativa ex art. 13 del D.Lgs n. 196/2003, novellato dal D.Lgs. 101/2018 e Regolamento (UE) n. 2016/679

Allego alla domanda di liquidazione i seguenti documenti:

- **ultimo cedolino paga della beneficiaria**, attestante il mantenimento del requisito occupazionale richiesto per l'accesso al rimborso, nel caso di lavoratrice dipendente;
- **copia del/dei cedolini** attestanti il compenso per la persona fisica che eroga il servizio di cura, *nel caso di contratto di lavoro stipulato tra la beneficiaria del contributo e la persona fisica.*
- **copia dei bonifici bancari in stato eseguito**, attestanti gli avvenuti pagamenti relativi ai cedolini intestati alla persona fisica che ha erogato il servizio di cura, *nel caso di contratto di lavoro stipulato tra la beneficiaria del contributo e la persona fisica.*
- **documentazione attestante gli avvenuti pagamenti mediante Libretto famiglia**, scaricabile nell'apposita sezione INPS (es. *attestazione annuale di pagamento*) dalla quale si evincono le informazioni necessarie per attestare gli oneri sostenuti dalla beneficiaria nei confronti della persona incaricata dei servizi di cura, nonché il dettaglio delle mensilità, *nel caso di utilizzo del Libretto famiglia.*
- **copia della fattura emessa dall'Agenzia di somministrazione o Cooperativa di servizi**, indicante il CUP, il periodo e la tipologia di servizio prestato e la persona cui è stato rivolto il servizio, *nel caso di utilizzo di contratti di servizio.*
- **documentazione attestante gli avvenuti pagamenti** relativi alla fattura emessa **dall'Agenzia di somministrazione o Cooperativa di servizi**, *nel caso di utilizzo di contratti di servizio.*
- **copia della fattura o altro titolo equipollente emesso dal servizio temporaneo ricreativo, di custodia e cura** (es. centro estivo, baby parking, ludoteca) intestato alla beneficiaria per il/la figlio/a, relativo alla fruizione dei servizi da parte del minore, *nel caso di utilizzo di servizi di temporanei.*
- **documentazione attestante gli avvenuti pagamenti** relativi alla fattura o altro titolo equipollente emesso dalla **struttura dedicata alla custodia e all'educazione dei minori durante i periodi di chiusura delle scuole**, *nel caso di utilizzo di servizi di temporanei.*
- **copia della fattura/ricevuta emessa dal fornitore dei servizi di gestione amministrativa del contratto**, *se rendicontato.*
- **documentazione attestante gli avvenuti pagamenti** al fornitore dei servizi di gestione amministrativa del contratto con persona fisica, *se rendicontato.*
- **certificato di titolarità di conto corrente**, *se variato rispetto a quello comunicato in fase di domanda di contributo.*

La presente dichiarazione è inviata telematicamente ed è valida a ogni effetto di legge, ai sensi degli artt. 38 del D.P.R. 445/2000 e 65 del D. Lgs. 82/2005.