

## Richiesta assegni familiari

(Questo formulario é valido dal 01.01.2009)

### 1 Richiedente

Cognome	Nome	No. assicurato (No. AVS)
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna	Nazionalità
Stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> sposato <input type="checkbox"/> separato <input type="checkbox"/> divorziato <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> partenariato registrato <input type="checkbox"/> partenariato sciolto		Asilante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Indirizzo: Via / No. NAP / Luogo		Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)
A partire da quando richiede gli assegni (data)	Percepisce prestazioni da AI, AD, Ainf, IGMal, IMat? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se si: di che genere di prestazione e da chi?	
Lei svolge un'attività come indipendente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

### 2 Datore di lavoro

Nome	Numero di conteggio	
Occupato dal/al	Luogo di lavoro (Cantone)	Salario annuo presumibile soggetto AVS
Indirizzo: Via / No. NAP / Luogo		Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)
Altri datori di lavoro / Nome, indirizzo, raggiungibile per (telefono, e-mail), persona di contatto		

### 3 Altro genitore

Cognome	Nome	No. assicurato (No. AVS)
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna	Nazionalità
Stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> sposato <input type="checkbox"/> separato <input type="checkbox"/> divorziato <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> partenariato registrato <input type="checkbox"/> partenariato sciolto		Da (Data)
Indirizzo: Via / No. NAP / Luogo		Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)
Percepisce prestazioni da AI, AD, Ainf, IGMal, IMat? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se si: di che genere di prestazione si tratta e da chi?		
Svolge un'attività lavorativa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se si: Nome, indirizzo e No. telefono del datore di lavoro		Cantone di lavoro Chi prevedibilmente ha il reddito maggiore? Richiedente <input type="checkbox"/> Altro genitore <input type="checkbox"/> Reddito superiore a CHF 7'560.- all'anno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
È affiliato ad una cassa di compensazione come indipendente o come persona senza attività lucrativa? <input type="checkbox"/> IND. <input type="checkbox"/> PSAL Se si: A quale cassa di compensazione?		

#### 4 Figli fino a 25 anni al massimo

In caso di più di 6 figli compilate un ulteriore formulario.

##### Dati generali

Figli	Cognome	Nome(i)	Data di nascita	M / F	economia domestica		Grado di parentela						Incapacità lavorativa Si	
					Si	No**	L*	A*	F*	C*	F/S*	N*		
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

\*L = Legittimo, A = Adottivo, F = Figliastro, C = Custodia, F/S = Fratelli/Sorelle, N = Nipoti

\*\*No = Per figli che non vivono nell'economia domestica propria, compilare la seguente tabella

##### Ulteriori indicazioni per figli in formazione, e/o nel caso in cui il figlio non vive nell'economia domestica dei genitori.

Figli	Formazione			Luogo di lavoro	Reddito annuo	Residenza dei figli (Via/No. NAP/Luogo, Stato)
	Inizio	Fine	Tipo			
1						
2						
3						
4						
5						

#### 5 Altri dati

Per i figli elencati al punto 4, un'altra persona, percepisce o ha percepito assegni familiari?  Si  No

**Se si: allegare l'autorizzazione della Cassa di compensazione competente**

#### 6 Alla richiesta devono essere aggiunti i seguenti documenti

Svizzeri:	Copia del libretto di famiglia (Genitori e figli) o atto di nascita dei figli e atto di matrimonio
Stranieri:	Genitori: permesso per stranieri e atto di matrimonio
	Figli: Permesso per stranieri e atto di nascita
	Conferma attuale dell'istituzione competente per gli assegni figli dello Stato in cui i figli risiedono
	I documenti che non sono redatti in una lingua nazionale Svizzera, <b>devono</b> essere tradotti da un traduttore riconosciuto.
Persone celibi/nubili:	Atto di nascita dei figli, riconoscimento di paternità, dichiarazione dell'autorità parentale congiunta
Persone separate o divorziate:	Sentenza relativa al diritto di custodia a seguito di separazione o divorzio
Per figli con più di 16 anni:	Conferma dell'attuale formazione / Certificato medico per incapacità al guadagno
Tutti:	Conferma dell'istituto che versa la prestazione alternativa (secondo punto 1, 3)

#### 7 Indicazioni importanti / Conferma della richiesta

##### Indicazioni importanti

- Saranno elaborate unicamente le richieste riempite in ogni punto e corredate dai rispettivi documenti.
- Il pagamento degli assegni familiari prima del ricevimento dell'autorizzazione della Cassa è a rischio del datore di lavoro.

##### Le persone che firmano confermano che

- i dati in essa contenuti sono veritieri,
- hanno preso atto che per ogni figlio è possibile riscuotere un unico assegno,
- indicando dati falsi o volontariamente incompleti ci si rende punibili penalmente,
- le prestazioni percepite indebitamente dovranno essere rimborsate,
- si impegnano a voler comunicare tempestivamente sia al datore di lavoro che alla cassa di compensazione ogni cambiamento, dello stato di famiglia, che possa influire sul diritto agli assegni familiari.

Data, firma del/la richiedente

Data, timbro, firma del datore di lavoro

# Allegato alla Richiesta assegni familiari

## Informazioni relative all'attuale Partner

Cognome		Nome		No. assicurato (No. AVS)
Data di nascita		Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna		Nazionalità
Stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> Sposato <input type="checkbox"/> separato <input type="checkbox"/> divorziato <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> partenariato registrato <input type="checkbox"/> partenariato sciolto				Da (Data)
Indirizzo: Via / No.		NAP / Luogo		raggiungibile per (telefono, e-mail, etc.)
Percepisce prestazioni da AI, AD-, Ainf, IGMal, IMat? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: Di che genere di prestazione si tratta e da chi?				
Svolge un'attività lavorativa? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: allegare un'attestazione di non versamento della cassa di compensazione relativa, e indicare il nome, l'indirizzo e no. di telefono del datore di lavoro			Cantone di lavoro	Chi prevedibilmente ha il reddito maggiore? Richiedente <input type="checkbox"/> Altro genitore <input type="checkbox"/>
È affiliato ad una cassa di compensazione come indipendente (IND) o come persona senza attività lucrativa (PSAL)? Se sì: a quale cassa di compensazione?				<input type="checkbox"/> IND. <input type="checkbox"/> PSAL

## Spiegazioni delle abbreviazioni

AI	Assicurazione Invalidità
AD	Assicurazione contro la Disoccupazione
Ainf	Assicurazione indennità giornaliera contro gli infortuni
IGMal	Assicurazione indennità giornaliera in caso di malattia
IMat	Prestazioni di maternità