

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
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?		Chi prevedibilmente ha il reddito maggiore? Richiedente <input type="checkbox"/> Altro genitore <input type="checkbox"/>

Nel caso di genitore diverso dall'attuale partner, compilare il foglio complementare allegato.

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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, devono 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