

## Richiesta assegni familiari

### 1 Richiedente

Cognome		Nome		Numero AVS (no AVS)
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna	Nazionalità		Richiedente asilo <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> sposato/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> unione domestica registrata <input type="checkbox"/> unione domestica sciolta				Dal (data)
Indirizzo: via / n.		NPA / Località		Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)
A partire da quando richiede gli assegni (data) ?		Percepisce prestazioni da 'AI, AD, AINF, IGMal, IMat ? Se sì : che genere di prestazioni e da chi?		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

### 2 Datore di lavoro

Nome		Numero di conteggio
Occupato/a dal/al	Luogo di lavoro (Cantone)	Salario annuo presumibile soggetto all'AVS
Indirizzo: via / n.	NPA / Località	Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)
Altri datori di lavoro / Nome, indirizzo, raggiungibili per (telefono, e-mail), persona di contatto		

### 3 Altro genitore

In caso di genitore diverso dall'attuale parnter si prego di compilare per intero il foglio allegato.

Cognome		Nome		Numero AVS (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/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> unione domestica registrata <input type="checkbox"/> unione domestica sciolta				Dal (data)
Indirizzo: via / n.		NPA / Località		Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)
Percepisce prestazioni da AI, AD, AINF, IGMal, IMat ? Se sì : che genere di prestazioni e da chi?				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Sussiste un rapporto di lavoro? Se sì: nome, indirizzo e n. di telefono del datore di lavoro		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Cantone di lavoro	Chi prevedibilmente ha il reddito maggiore? Richiedente <input type="checkbox"/> Altro genitore <input type="checkbox"/>
È affiliato/a a una cassa di compensazione come indipendente o come persona senza attività lucrativa ? Se sì : presso quale cassa di compensazione ?				<input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> PSAL

\* Le abbreviazioni sono spiegate nel foglio aggiuntivo della « Richiesta assegni familiari ».

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

In caso di più di 6 figli si prega di compilare un ulteriore formulario.

##### Dati generali

Figli	Cognome	Nome(i)	Data di nascita	M / F	Vive nella stessa econ. dom.		Grado di parentela						Incapac. lavor. 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"/>
6					<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 = in custodia, F/S = fratello/sorella, N = nipote

\*\*No = Per figli che non vivono nella stessa economia domestica si prega di 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	Inizio	Fine	Formazione		Reddito annuo	Residenza dei figli (via/n. NPA/località, stato)
			Tipo	Luogo di formazione		
1						
2						
3						
4						
5						
6						

#### 5 La richiesta deve essere corredata dei seguenti documenti

Stranieri: (i documenti non redatti in una lingua nazionale Svizzera, <b>devono</b> essere tradotti da un traduttore riconosciuto)	Genitori: copie libretto per stranieri e atto di nascita Figli: copie libretto per stranieri e atto di nascita Conferma attuale dell'ufficio competente per gli assegni per i figli dello stato in cui i figli risiedono (E411)
Persone celibi/nubili:	Copie atto di nascita dei figli, riconoscimento di paternità, contratto di mantenimento
Persone separate o divorziate:	Copia 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 di guadagno
Richiedente:	In caso di percepimento di altre prestazioni : conferma dell'erogatore delle prestazioni (AI, AD, AINF, IGMal, IMat)

#### 6 Indicazioni importanti / Conferma della richiesta

##### Indicazioni importanti

- Saranno elaborate unicamente le richieste compilate in ogni punto e corredate dei rispettivi documenti/allegati.
- Un eventuale versamento degli assegni familiari prima del ricevimento dell'autorizzazione della cassa avviene a rischio del datore di lavoro.
- Di principio, gli assegni familiari vengono versati unicamente tramite il datore di lavoro.

##### Le persone sottoscritte confermano di

- avere compilato la richiesta in modo veritiero,
- avere preso atto che per ogni figlio è possibile riscuotere un unico assegno intero,
- essere consapevoli che chi fornisce indicazioni false o sottace fatti si rende punibile,
- avere preso atto che le prestazioni percepite indebitamente dovranno essere rimborsate,
- impegnarsi a comunicare tempestivamente al datore di lavoro o alla cassa di compensazione qualsiasi cambiamento dello stato di famiglia che possa influire sul diritto agli assegni familiari.

Data, firma del/della richiedente

Data, timbro, firma del datore di lavoro

# Allegato alla « Richiesta assegni familiari »

## Informazioni relative all'attuale partner

Cognome	Nome	Numero AVS (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/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> unione domestica registrata <input type="checkbox"/> unione domestica sciolta		Dal (data)
Indirizzo: via / n.		NPA / Località
Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)		
Percepisce prestazioni da AI, AD, AINF, IGMal, IMat ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì : che genere di prestazioni e da chi?		
Sussiste un rapporto di lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: nome, indirizzo e n. di telefono del datore di lavoro		Cantone di lavoro
Salario annuo presumibile soggetto all'AVS ?		
È affiliato/a a una cassa di compensazione come indipendente o come persona senza attività lucrativa ? <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> PSAL Se sì : presso quale cassa di compensazione ?		

## Spiegazioni delle abbreviazioni

AI	Assicurazione per l'invalidità
AD	Assicurazione contro la disoccupazione
AINF	Assicurazione d'indennità giornaliera in caso d'infortunio
IGMal	Assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia
IMat	Indennità di maternità