

Modulo per la richiesta degli assegni familiari

1 Richiedente

Cognome		Nome		N. assicurato (n. AVS) 756.	
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"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a dal (data esatta) <input type="checkbox"/> unione domestica registrata <input type="checkbox"/> unione domestica separata <input type="checkbox"/> unione domestica sciolta					
Indirizzo: Via / n.		CAP / Località		Raggiungibile (telefono, e-mail, ecc.) al	
Assegni richiesti a partire da (data)		Persona beneficiaria di una prestazione AI, AVS, AD, LAINF, IGM, IM? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì: Quale prestazione da quale ente?			

2 Datore di lavoro

Nome		Numero di conteggio	
Assunto/a dal / al	Luogo di lavoro (Cantone)		Reddito annuo previsto soggetto all'AVS
Indirizzo: Via / n.		CAP / Località	
Raggiungibile (telefono, e-mail, ecc.) al			
Altri datori di lavoro / nome, indirizzo, reperibile al (telefono, e-mail, ecc.), persona di contatto			

3 Partner attuale (residente nella stessa economia domestica)

Cognome		Nome		N. assicurato (n. AVS) 756.	
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> uomo <input type="checkbox"/> donna		Nazionalità		
Stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a dal (data esatta) <input type="checkbox"/> unione domestica registrata <input type="checkbox"/> unione domestica separata <input type="checkbox"/> unione domestica sciolta					
Persona beneficiaria di una prestazione AI, AVS, AD, LAINF, IGM, IM? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: Quale prestazione da quale ente?					
Esiste un rapporto di lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: Indirizzo e numero di telefono del datore di lavoro			Cantone di lavoro	Reddito superiore a quello del richiedente? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Svolge un'attività lavorativa indipendente o è registrato/a senza attività lucrativa presso una cassa di compensazione? <input type="checkbox"/> attività indipendente <input type="checkbox"/> senza attività lucrativa Se sì: presso quale cassa di compensazione?					

4 Figli fino a 25 anni al massimo

Se si devono registrare più di 6 figli, p.f. utilizzare un secondo modulo.

Figli	Cognome	Nome/i	Data di nascita	m/f	Vive presso il richiedente		Relazione con il richiedente						Inabile al lavoro Sì
					Sì	No**	B*	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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

*B = figlio biologico, A = figlio adottivo, F = figliastro, C = custodia, F/S = fratello/sorella, N = nipote

** No= Se il figlio non vive nella famiglia del richiedente, si prega di aggiungere l'indirizzo nella tabella sottostante

Informazioni supplementari per i figli che frequentano corsi di formazione e/o se il minore non vive nella propria economia domestica

Figlio	Inizio	Fine	Formazione Tipo	Luogo di formazione	Reddito annuale	Indirizzo di residenza del figlio (Via/n. CAP/Località, nazione)
1						
2						
3						
4						
5						
6						

5 I seguenti documenti devono essere allegati alla richiesta

Stranieri:

Genitori: Libretto stranieri e certificato di matrimonio

Figli: Libretto stranieri e certificato di nascita

Conferma attuale dell'ufficio responsabile degli assegni familiari nello Stato di residenza dei figli (E411)

I documenti che non sono scritti in una lingua nazionale svizzera **devono** essere tradotti da un traduttore riconosciuto

Persone non coniugate: Certificato di nascita dei figli, convenzione dell'autorità parentale, riconoscimento della paternità, contratto di mantenimento

Persone divorziate o separate:

Estratto della sentenza di divorzio o di separazione riguardante l'affidamento e custodia

Per i figli in formazione o oltre i 16 anni: Conferma della formazione attuale / Certificato medico in caso di disabilità

Per figli disabili:

Allegare una decisione AI o un certificato medico

6 Conferma della richiesta

Indicazioni importanti

- Possono essere elaborate solo le richieste compilate integralmente e corredate con tutti i documenti/allegati.
- Il versamento degli assegni familiari prima di ricevere una decisione del diritto agli assegni corrispondente va a rischio del datore di lavoro.

I sottoscritti confermano di

- aver compilato la domanda in modo veritiero,
- aver preso atto del fatto che può essere percepito un solo assegno per figlio,
- che possono essere perseguiti penalmente nel caso fossero rilasciate informazioni non veritiere e occultati fatti,
- dover rimborsare prestazioni percepite ingiustificatamente,
- impegnarsi a notificare immediatamente al datore di lavoro, alla cassa di compensazione o alla cassa di compensazione familiare qualsiasi cambiamento della situazione familiare che possa incidere sul diritto agli assegni.

Data e firma del destinatario

Data e firma del datore di lavoro

7 Altro genitore (non residente nella stessa economia domestica)

Cognome	Nome	N. assicurato (n. AVS) 756.	
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> uomo <input type="checkbox"/> donna	Nazionalità	
Stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/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 separata <input type="checkbox"/> unione domestica sciolta		dal (data esatta)	
Indirizzo: Via / n.		CAP / Località	Raggiungibile (telefono, e-mail, ecc.) al
Persona beneficiaria di una prestazione AI, AVS, AD, LAINF, IGM, IM? Se sì: Quale prestazione da quale ente?		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Esiste un rapporto di lavoro? Se sì: Indirizzo e numero di telefono del datore di lavoro		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Cantone di lavoro
			Reddito superiore a quello del richiedente? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Svolge un'attività lavorativa indipendente o è registrato/a senza attività lucrativa presso una cassa di compensazione? <input type="checkbox"/> attività indipendente <input type="checkbox"/> senza attività lucrativa Se sì: presso quale cassa di compensazione?			