

Domanda per assegni familiari

1. Richiedente

Cognome		Nome		Data di nascita	
N. AVS (se noto: nuovo n. a 13 cifre)		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	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"/> convivente <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					
Indirizzo: via / n.		NPA / Località		Nazione	
Reperibile a: (n. telefono, e-mail, ecc.)			A partire da quale data richiede l'assegno? (Data)		

1.1 Domande al/alla richiedente

Svolge un'attività lavorativa? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
E' disoccupato/a? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Se sì, da quando? (Data)
Svolge un'attività lucrativa indipendente? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, in quale cantone calcola i contributi AVS?	Reddito annuale AVS imponibile?
Si trova in congedo di maternità? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, da quando? (Data)	prevedibilmente sino a quando? (Data)
Attualmente è inabile al lavoro in seguito a malattia? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Se sì, da quando? (Data)
Attualmente è inabile al lavoro in seguito a infortunio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Se sì, da quando? (Data)
Ha un'inabilità al lavoro permanente in seguito a invalidità? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, da quando? (Data)	in quale percentuale?

1.2 Informazioni sul datore di lavoro

Nome			
Indirizzo: via / n.		NPA / Località	Reperibile a: (n. telefono, e-mail, ecc.)
Occupato/a dal / fino al	Grado di occupazione in %	Luogo di lavoro (cantone) solo per filiali	Reddito annuale AVS imponibile previsto

Compilare in caso di più datori di lavoro

Nome			
Indirizzo: via / n.		NPA / Località	Reperibile a: (n. telefono, e-mail, ecc.)
Occupato/a dal	Grado di occupazione in %	Luogo di lavoro (cantone) solo per filiali	Reddito annuale AVS imponibile previsto

2. Coniuge o convivente

Nel caso l'altro genitore non corrisponda all'attuale partner, la preghiamo di compilare anche il punto 3.

Cognome		Nome		Data di nascita	
N. AVS (se noto: nuovo n. a 13 cifre)		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Nazionalità	
Stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> convivente <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				Richiedente asilo <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Indirizzo: via / n.		NPA / Località		Nazione	
Reperibile a: (n. telefono, e-mail, ecc.)					
Padre/Madre consanguineo/a dei figli <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Patrigno/Matrigna dei figli <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Padre/Madre affidatario/a dei figli <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No (nel caso provveda in modo prevalente al mantenimento dei figli)	
Lei è padre/madre consanguineo/a oppure patrigno/matrigna di tutti i figli elencati al punto 4? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No In caso di risposta negativa, vale solo per i figli dalla riga alla riga.....al punto 4					

2.1 Domande al/alla coniuge oppure al/alla convivente

Svolge un'attività lavorativa? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
E' disoccupato/a? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Se sì, da quando? (Data)
Svolge un'attività lucrativa indipendente? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, in quale cantone calcola i contributi AVS?	Reddito soggetto ai contributi AVS rispetto al coniuge <input type="checkbox"/> più alto <input type="checkbox"/> più basso
Si trova in congedo di maternità? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, da quando? (Data)	prevedibilmente sino a quando? (Data)
Attualmente è inabile al lavoro in seguito a malattia? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Se sì, da quando? (Data)
Attualmente è inabile al lavoro in seguito a infortunio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Se sì, da quando? (Data)
Ha un'inabilità al lavoro permanente in seguito a invalidità? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, da quando? (Data)	in quale percentuale?

2.2 Informazioni sul datore di lavoro

Nome					
Indirizzo: via / n.		NPA / Località		Reperibile a: (n. telefono, e-mail, ecc.)	
Occupato/a dal / fino al	Grado di occupazione in %	Luogo di lavoro (cantone) solo per filiali	Reddito soggetto ai contributi AVS rispetto al coniuge <input type="checkbox"/> più alto <input type="checkbox"/> più basso		

Compilare in caso di più datori di lavoro

Nome					
Indirizzo: via / n.		NPA / Località		Reperibile a: (n. telefono, e-mail, ecc.)	
Occupato/a dal	Grado di occupazione in %	Luogo di lavoro (cantone) solo per filiali	Reddito soggetto ai contributi AVS rispetto al coniuge <input type="checkbox"/> più alto <input type="checkbox"/> più basso		



3. Genitore divorziato o separato

Cognome		Nome		Data di nascita	
N. AVS (se noto: nuovo n. a 13 cifre)		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		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"/> convivente <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					
Indirizzo: via / n.			NPA / Località		Nazione
Reperibile a: (n. telefono, e-mail, ecc.)					
Padre/Madre consanguineo/a dei figli <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Patrigno/Matrigna dei figli <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Padre/Madre affidatario/a dei figli <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No (nel caso provveda in modo prevalente al mantenimento dei figli)	
Lei è padre/madre consanguineo/a oppure patrigno/matrigna di tutti i figli elencati al punto 4? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No In caso di risposta negativa, vale solo per i figli dalla riga alla riga al punto 4					

3.1 Domande al/alla coniuge separato/a oppure divorziato/a

Svolge un'attività lavorativa? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
E' disoccupato/a? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Se sì, da quando? (Data)
Svolge un'attività lavorativa indipendente? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, in quale cantone calcola i contributi AVS?	Reddito soggetto ai contributi AVS rispetto al ex-coniuge <input type="checkbox"/> più alto <input type="checkbox"/> più basso
Si trova in congedo di maternità? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, da quando? (Data)	prevedibilmente sino a quando? (Data)
Attualmente è inabile al lavoro in seguito a malattia? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Se sì, da quando? (Data)
Attualmente è inabile al lavoro in seguito a infortunio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Se sì, da quando? (Data)
Ha un'inabilità al lavoro permanente in seguito a invalidità? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Se sì, da quando? (Data)	in quale percentuale?

3.2 Informazioni sul datore di lavoro

Nome			
Indirizzo: via / n.		NPA / Località	
Reperibile a: (n. telefono, e-mail, ecc.)			
Occupato dal	Grado di occupazione in %	Luogo di lavoro (cantone) solo per filiali	Reddito soggetto ai contributi AVS rispetto al ex-coniuge <input type="checkbox"/> più alto <input type="checkbox"/> più basso

Compilare in caso di più datori di lavoro

Nome			
Indirizzo: via / n.		NPA / Località	
Reperibile a: (n. telefono, e-mail, ecc.)			
Occupato/a dal	Grado di occupazione in %	Luogo di lavoro (cantone) solo per filiali	Reddito soggetto ai contributi AVS rispetto al ex-coniuge <input type="checkbox"/> più alto <input type="checkbox"/> più basso



4. Figli

Figlio/a	Cognome	Nome/i	Data di nascita	m/f	Vive in famiglia		Rapporto di filiazione del/della richiedente con il figlio/la figlia				Inabile al lavoro Si
					Si	No**	C*	A*	F*	AFF*	
1					<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"/>
3					<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"/>
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* C = Figlio/a consanguineo/a, A = Figlio/a adottato/a, F = Figliastro/a, AFF = Figlio/a affiliato/a

**No = Se il/la figlio/a non convive con il/la richiedente, si prega di inserire l'indirizzo nella seguente tabella

Ulteriori informazioni sui figli in formazione

Figlio/a	Tipo di formazione					Reddito annuale	Indirizzo di residenza del/la figlio/a (via/n.,NPA/località, nazione)
	S♦	St♦	A♦	P♦	I♦		
1	<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"/>		
3	<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"/>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

♦ S = scolaro/a, St = studente/studentessa, A = apprendista, P = praticante, I = inabile al lavoro

5. Note importanti / Conferma dei dati

Note importanti

- Potranno essere evase soltanto le domande compilate in tutte le loro parti, complete di documenti/allegati (vedi allegato).
- Il datore di lavoro si assume il rischio per il pagamento di assegni per i figli effettuato prima della relativa decisione.

Il/la richiedente conferma:

- di aver compilato la domanda rispettando la verità dei fatti.
- di aver preso buona nota che per ogni figlio/a può essere percepito soltanto un assegno intero,
- di essere a conoscenza che chi fornisce informazioni non veritiere e tace fatti essenziali è punibile per legge,
- di dover rimborsare eventuali prestazioni percepite senza averne diritto,
- di comunicare immediatamente al datore di lavoro o alla cassa di compensazione tutti gli eventuali cambiamenti nei rapporti familiari che possono influire sul diritto agli assegni.

Località e data

Firma del/della richiedente

Il datore di lavoro conferma la veridicità dei dati contenuti nella presente domanda.

Località e data

Timbro e firma del datore di lavoro

