

## Richiesta assegni familiari

### 1 Richiedente

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| Cognome   |   | Nome  |  | Numero AVS (no AVS)  |
| Data di nascita   | Sesso<br><input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna | Nazionalità   |  | Richiedente asilo<br><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Stato civile<br><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<br><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, IGMaI, IMat ?<br>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<br><input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna | Nazionalità   |                   |  |
| Stato civile<br><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<br><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, IGMaI, IMat ?<br>Se sì : che genere di prestazioni e da chi?  |   |   |                   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No  |
| Sussiste un rapporto di lavoro?<br>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?<br>Richiedente <input type="checkbox"/><br>Altro genitore <input type="checkbox"/> |
| È affiliato/a a una cassa di compensazione come indipendente o come persona senza attività lucrativa ?<br>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 | Formazione |      | Tipo | Luogo di formazione | Reddito annuo | Residenza dei figli (via/n. NPA/località, stato) |
|-------|------------|------|------|---------------------|---------------|--|
|       | Inizio     | Fine |      |                     |               |  |
| 1     |            |      |      |                     |               |  |
| 2     |            |      |      |                     |               |  |
| 3     |            |      |      |                     |               |  |
| 4     |            |      |      |                     |               |  |
| 5     |            |      |      |                     |               |  |
| 6     |            |      |      |                     |               |  |

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

|   |   |
|---|---|
| Stranieri:<br>(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<br>Figli: copie libretto per stranieri e atto di nascita<br>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<br><input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna | Nazionalità   |
| Stato civile<br><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<br><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 ?<br>Se sì : che genere di prestazioni e da chi?  |   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Sussiste un rapporto di lavoro?<br>Se sì: nome, indirizzo e n. di telefono del datore di lavoro   |   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
|   |   | 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                                     |