



Richiesta assegni familiari per Indipendenti e persone senza attività lucrativa Cantone

Indipendente persona senza attività lucrativa

1 Richiedente

Cognome	Nome	No. assicurato (No. AVS) 756.	
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna	Nazionalità	Asilante <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"/> partenariato registrato <input type="checkbox"/> partenariato registrato sciolto			Dal (data)
Indirizzo: Via / No.		NAP / Luogo / Stato	Raggiungibile per (telefono, e-mail)
A partire da quale data richiede gli assegni?		Percepisce prestazioni dall'Al, AD, Ainf, IGMal, IMat*? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: indicare il genere di prestazione ed allegare la relativa decisione	

2 Altro genitore

Se non è l'attuale partner che si occupa dei figli, riempire il modulo allegato

Cognome	Nome	No. assicurato (No. AVS) 756.		
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna	Nazionalità	Dal (data)	
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"/> partenariato registrato <input type="checkbox"/> partenariato registrato sciolto			Dal (data)	
Indirizzo: Via /No.		NAP / Luogo / Stato	Raggiungibile per (telefono, e-mail)	
Percepisce prestazioni dall'Al, AD, Ainf, IGMal, IMat*? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: indicare il genere di prestazione ed allegare la relativa decisione				
Esiste un rapporto di lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, nome, indirizzo e no. di telefono del datore di lavoro		A partire dal (data)	Cantone di lavoro	Il salario supera quello dell/la richiedente? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È affiliato ad una cassa di compensazione come indipendente (IND) o come persona senza attività lucrativa (PSAL)? <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> PSAL Se sì: presso quale cassa di compensazione?				

Data, Firma dell'altro genitore

*Le abbreviazioni sono commentato nel supplemento della "Richiesta assegni familiari".

3 Informazioni sul reddito

<input type="checkbox"/> Indipendenti	Cantone	Richiedente	Altro genitore
	Reddito	CHF	CHF
<input type="checkbox"/> persone senza attività lucrativa	Cantone	Richiedente	Altro genitore
	Reddito imponibile (imposte federali)	CHF	CHF
<input type="checkbox"/> Casalinga/Casalingo	Cantone	Richiedente	Altro genitore



4 Figlio/i fino al massimo 25 anni

Se dovesse annunciare più di 5 figli, voglia cortesemente riempire un'altra richiesta

Indicazioni generali del figlio/i

Cognome/Nome ----- Numero assicurato	Data di nascita ----- Sesso M/F	Residenza ----- NAP/Luogo	Salario Netto	Grado di parentela con il/la richiedente*						incap.al guad. Si ***
				N*	FA*	C*	FI*	FS*	A*	
756.			CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
756.			CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
756.			CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
756.			CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
756.			CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* N = Figlio Naturale, FA = figlio adottivo, C = figlio del coniuge, FI = figlio in affidamento, FS = Fratello/Sorella, A = Abbiatico

** Reddito netto (salario, rendita, indennità giornaliera, reddito della sostanza)

*** Figli incapaci al guadagno in seguito ad una malattia o a disabilità

5 Ulteriori informazioni

Per le persone elencate al punto 4, un'altra persona percepisce o ha percepito degli assegni familiari? Sì No

Se sì, la preghiamo d'allegare la decisione della Cassa competente.

6 I seguenti documenti sono da allegare in copia alla richiesta assegni familiari.

I documenti che non sono redatti in una delle lingue nazionali, **devono** essere tradotti da un traduttore riconosciuto.

- | | |
|---|---|
| In generale tutti: | - Copia del libretto di famiglia (genitori e figli) oppure l'atto di nascita dei figli e l'atto di matrimonio
- Allegare decisione dell'altro ente assicurativo (AD, SUVA, IPG, AI) se fossero state erogate delle prestazioni a delle persone citate nella domanda
- Copia dell'ultima decisione di assegni familiari o dichiarazione dell'ultimo datore di lavoro con la data precisa d'inizio e di fine diritto. |
| Stranieri: | - Genitori: Permesso di domicilio valido e atto di matrimonio
- Figli: Permesso di domicilio valido |
| Persone divorziate o separate: | - Estratto della sentenza di divorzio o di separazione concernente l'affidamento ed il mantenimento dei figli |
| Persone celibe, nubile | - Conferma di riconoscimento dei figli
- Attestazione di custodia dei figli
- Attestazione di custodia dei figli con l'autorità parentale congiunta |
| Per figli sopra i 15 anni fino ai 25: | - Attuale dichiarazione di formazione / Certificato medico per figli incapaci al guadagno
- Copia contratto d'apprendistato - Dichiarazione scolastica - Contratto di pratica
- Certificato di studio |
| Figli con residenza all'estero: | - Formulare E411 (attuale dichiarazione dell'ufficio preposto al versamento di assegni all'estero) |
| Indipendenti /
persone senza attività lucrativa: | - imposta federale diretta (definitiva) |

Data, Firma del richiedente

--

La preghiamo di voler prendere nota delle seguenti importanti informazioni.



7 Indicazioni importanti / Conferma della richiesta

Indicazioni importanti

- Saranno elaborate unicamente le richieste compilate in ogni punto e corredate dai rispettivi documenti

La persona che sottoscrive la richiesta:

- Conferma che i dati in essa contenuti sono veritieri
 - Prende atto che per ogni figlio o persona che da diritto agli assegni è possibile riscuotere un unico assegno
 - Prende atto che indicando dati falsi o volontariamente incompleti si rende punibile penalmente
 - Prende atto che le prestazioni percepite indebitamente saranno chieste in restituzione
 - Si impegna a comunicare tempestivamente, sia al datore alla Cassa di compensazione per gli assegni familiari ogni cambiamento rispetto ai dati indicati sul presente formulario.
-



Modulo complementare alla "Richiesta assegni familiari per Indipendenti e persone senza attività lucrativa"

Informazioni concernenti l'attuale partner

Cognome	Nome	Numero assicurato (Numero 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"/> sposato/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> partenariato registrato <input type="checkbox"/> partenariato registrato sciolto	Dal (data)	
Indirizzo: Strada / Nr.	NAP/ Luogo / Stato	Raggiungibile per (telefono, e-mail)
Percepisce prestazioni dall'AI, AD, Ainf, IGMal, IMat? Se sì: da quale ente?		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Esiste un rapporto lavorativo? Se sì: Nome, indirizzo e numero di telefono del datore di lavoro.	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Cantone Il reddito percepito supera quello del/la richiedente? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È affiliato ad una cassa di compensazione come indipendente (IND) o come persona senza attività lucrativa (PSAL)? Se sì: presso quale cassa di compensazione? <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> PSAL		
Data e firma dell'attuale partner		

Commenti delle abbreviazioni

AI Assicurazione invalidità
AD Assicurazione disoccupazione
Ainf Assicurazione infortuni
IGMal Indennità malattia
IMat Indennità maternità