



Richiesta assegni familiari per le salariate ed i salariati Cantone

Ditta: _____ Numero affiliato / Filiale: 15. / 15.

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		Raggiungibile per (telefono, e-mail)
A partire da quale data richiede gli assegni?		Percepisce prestazioni dall'Assicurazione invalidità, Assicurazione disoccupazione, Assicurazione infortuni, Indennità malattia, Indennità di maternità? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: indicare il genere di prestazione ed allegare la relativa decisione		

2 Datore di lavoro

Ragione sociale			Numero di conteggio 15.
Occupato/a dal / al	Ore mensili	Luogo di lavoro (Cantone)	Verrà raggiunto il salario minimo soggetto all'AVS? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Indirizzo: Via / No.		NAP / Luogo	
Raggiungibile per (telefono, e-mail)			
Ulteriori datori di lavoro /Nome, Indirizzo, raggiungibile presso (Telefono, e-mail, ecc), Persona di contatto			

3 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 sciolto				
Indirizzo: Via /No.		NAP / Luogo		Raggiungibile per (telefono, e-mail)
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione invalidità, Assicurazione disoccupazione, Assicurazione infortuni, Indennità malattia, Indennità di maternità? <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? Se sì, nome, indirizzo e no. di telefono del datore di lavoro		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	A partire da (data)	Canton e di lavoro
				Il salario supera quello del/la richiedente? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È affiliato ad una cassa di compensazione come indipendente o come persona senza attività lucrativa? Se sì: presso quale cassa di compensazione?				<input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> PSAL

Data, firma dell'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 con la data di fine 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:	<ul style="list-style-type: none">- 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:	<ul style="list-style-type: none">- Genitori: Permesso di domicilio valido e atto di matrimonio- Figli: Permesso di domicilio valido
Persone divorziate o separate:	<ul style="list-style-type: none">- Estratto della sentenza di divorzio o di separazione concernente l'affidamento ed il mantenimento dei figli
Persone celibe, nubile	<ul style="list-style-type: none">- 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:	<ul style="list-style-type: none">- 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:	<ul style="list-style-type: none">- Formulare E411 (attuale dichiarazione dell'ufficio preposto al versamento di assegni all'estero)

Data, firma del/la richiedente

Data, timbro, firma del datore di lavoro

La preghiamo di voler prendere nota delle seguenti importanti informazioni.

+ Indicazioni importanti / Conferma della richiesta

Indicazioni importanti

- Saranno elaborate unicamente le richieste compilate in ogni punto e corredate dai rispettivi documenti
- Il pagamento degli assegni familiari prima della notifica della decisione della Cassa è a rischio del datore di lavoro.

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 di lavoro che alla Cassa di compensazione per gli assegni familiari ogni cambiamento rispetto ai dati indicati sul presente formulario.

Voglia inoltrare il formulario debitamente compilato all'ufficio del personale del proprio datore di lavoro. Lo stesso controlla la completezza dei dati e lo inoltra alla Cassa assegni familiari di riferimento.

Se lei desidera inoltrare direttamente il formulario, voglia far controllare i dati al punto 2 (Dati del datore di lavoro) dall'ufficio del personale.



Modulo complementare alla "Richiesta assegni familiari per le salariate ed i salariati"

Informazioni concernenti l'attuale partner

Cognome	Nome	Numero assicurato (No 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: Via / No		NAP/ Luogo
Raggiungibile per (telefono, e-mail)		
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione invalidità, Assicurazione disoccupazione, Assicurazione infortuni, <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Indennità malattia, Indennità di maternità? Se sì: da quale ente?		
Esiste un rapporto lavorativo? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: Nome, indirizzo e numero di telefono del datore di lavoro.		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 o come persona senza attività lucrativa? <input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> PSAL Se sì: presso quale cassa di compensazione?		
Data e firma dell'attuale partner		