

Cassa cantonale per gli assegni familiari

Richiesta assegni familiari per le salariate ed i salariati



Per favore compilare in stampatello e in colore nero.

Per assicurare la protezione dei dati, il salariato compila il punto 1. e chiede in seguito al suo datore di lavoro di compilare e sottoscrivere il punto 2. Successivamente il salariato compila i punti restanti, sottoscrive la richiesta e la inoltra direttamente alla Cassa cantonale di compensazione per gli assegni familiari.

1 Richiedente

Cognome		Nome			No. assicurato / No. AVS
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna		Nazionalità	Professione	Asilante <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 <input type="checkbox"/> partenariato registrato <input type="checkbox"/> partenariato registrato sciolto				Dal (data)	
Indirizzo: Via / No.		NAP / Luogo		Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)	
A partire da quale data richiede gli assegni?	Percepisce prestazioni dall'Assicurazione invalidità, Assicurazione disoccupazione, Assicurazione infortuni, Indennità malattia, Indennità maternità? Se sì: indicare il genere di prestazione ed allegare la relativa decisione				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Oltre quello indicato al punto 2, ha altri datori di lavoro? Se sì: ragione sociale, indirizzo, raggiungibile per (telefono, e-mail), persona di contatto (allegare la copia dei relativi conteggi stipendio)					

2 Datore di lavoro

Ragione sociale		Numero di conteggio			
Indirizzo: Via / No.		NAP / Luogo		Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)	
Occupato dal / al		Luogo di lavoro (Cantone)		Salario annuo presumibile soggetto all'AVS	
Grado d'occupazione in %		<input type="checkbox"/> regolare		<input type="checkbox"/> irregolare (allegare il contratto di lavoro o di missione, giustificativo attestante i giorni lavorati o attestato di guadagno intermedio in caso di disoccupazione)	
				Data, timbro, firma del datore di lavoro	

3 Figli o persone per le quali sono richiesti gli assegni (fino a 25 anni al massimo)

Dal settimo figlio, rispettivamente dalla settima persona, è necessario compilare un secondo formulario

Dati generali

	Cognome	Nome(i)	Data di nascita	M / F	Stato civile	Nazionalità	Vive nell'economia domestica		Grado di parentela con il/la richiedente*				Incapacità al guadagno Si
							Si	No**	F	FC	F/S	A	
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"/>
6							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*F = Figlio/a, FC = Figlio/a del coniuge o del partner registrato, F/S = Fratello/Sorella, A = Abiatco/a

**No = compilare la tabella seguente

Ulteriori indicazioni nel caso in cui il/i figlio/i o la/le persona/e per la/le quale/i sono richiesti gli assegni non vive/ono nell'economia domestica del/la richiedente

	Cognome e nome(i)	Residenza* (Via/No., NAP/Luogo, Stato)	Persona con la quale vive	Grado di parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				

*Per i maggiorenni indicare pure l'ultimo domicilio avuto fino alla maggiore età, se diverso da quello attuale

Ulteriori indicazioni riferite ai giovani in formazione (16 – 25 anni)

	Cognome e nome(i)	Quale corso sta frequentando attualmente il/la giovane? (es. 1° anno, 2° anno, ecc...)	In quale data (MM/AAAA) il/la giovane terminerà l'attuale ciclo di studi?	Consegue un reddito da attività lucrativa ai sensi dell'AVS?*	
				Si	No
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*In caso di risposta affermativa allegare i relativi giustificativi

4 Dati concernenti l'altro genitore (o i due genitori, se il richiedente non è uno di loro)

Genitore 1:

Cognome		Nome		No. assicurato / No. AVS	
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"/> partenariato registrato <input type="checkbox"/> partenariato registrato sciolto				Dal (data)	
Indirizzo: Via / No.		NAP / Luogo		Raggiungibile per (telefono,e-mail, ecc.)	
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione invalidità, Assicurazione disoccupazione, Assicurazione infortuni, Indennità malattia, Indennità maternità? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: indicare il genere di prestazione ed allegare la relativa decisione					
Svolge un'attività lavorativa dipendente? Se sì: nome, indirizzo e no. di telefono del datore di lavoro				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Cantone di lavoro	
Salario annuo presumibile soggetto all'AVS (inviare le copie dei relativi conteggi stipendio)			Importo		
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	

Genitore 2 oppure attuale coniuge o partner registrato:

Cognome		Nome		No. assicurato / No. AVS	
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"/> partenariato registrato <input type="checkbox"/> partenariato registrato sciolto				Dal (data)	
Indirizzo: Via / No.		NAP / Luogo		Raggiungibile per (telefono,e-mail, ecc.)	
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione invalidità, Assicurazione disoccupazione, Assicurazione infortuni, Indennità malattia, Indennità maternità? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: indicare il genere di prestazione ed allegare la relativa decisione					
Svolge un'attività lavorativa dipendente? Se sì: nome, indirizzo e no. di telefono del datore di lavoro				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Cantone di lavoro	
Salario annuo presumibile soggetto all'AVS (inviare le copie dei relativi conteggi stipendio)			Importo		
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	

5 Altri dati

Per le persone elencate al punto 3, è stata inoltrata un'altra richiesta per assegni di famiglia?
Se sì, da chi e per quale persona?

Sì No

Per le persone elencate al punto 3, un'altra persona percepisce o ha percepito degli assegni familiari?
Se sì, da chi, per quale persona e per quale periodo? (allegare la decisione della Cassa competente)

Sì No

6 Indicazioni importanti / Conferma della richiesta

Indicazioni importanti

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, al massimo entro 10 giorni lavorativi, sia al datore di lavoro che alla Cassa di compensazione per gli assegni familiari, ogni cambiamento rispetto ai dati indicati sul presente formulario.

Data, firma del/la richiedente

7 Attestazione dell'Agenzia comunale AVS del Comune di domicilio del/la richiedente per i residenti in Svizzera

La sottoscritta **Agenzia comunale AVS** conferma che tutti i dati personali indicati nella richiesta sono stati verificati in base ad atti ufficiali e che le altre indicazioni (ad es. residenza, entrata in Svizzera, situazione familiare, ecc.) corrispondono al vero.
Eventuali osservazioni:

Luogo

Data

Timbro e firma dell'Agenzia

N.B. **Per i cittadini di Stati membri UE o AELS:** allegare il formulario E401; **per i residenti all'estero:** allegare il certificato di stato di famiglia

8 Alla richiesta devono essere inoltre allegati i seguenti documenti

Stranieri

Copia del permesso per stranieri per tutti i membri elencati nel presente formulario
Copia dell'ev. atto di matrimonio

Persone celibi/nubili

Copia dell'atto di riconoscimento di paternità e della relativa convenzione alimentare

Persone separate o divorziate

Copia della sentenza e della relativa convenzione alimentare

Per figli con più di 16 anni

Formazione in CH: allegare il certificato di frequenza alla scuola o la copia del contratto di tirocinio

Formazione in uno Stato UE o AELS: allegare il formulario E402 (scuola) o E403 (tirocinio)

Figli incapaci al guadagno (16-17 anni): allegare il certificato medico

Figli incapaci al guadagno (18-20 anni): allegare la dichiarazione rilasciata dal competente Ufficio AI (o analoga istituzione estera)

I documenti che non sono redatti in una lingua nazionale svizzera, devono essere corredati dalla relativa traduzione in italiano effettuata da un Ente ufficiale (es. Sindacati, Ambasciate, ecc.). Fanno eccezione i moduli europei della serie E....

Importante:

Potranno essere elaborati soltanto i formulari debitamente compilati in tutti i punti (da 1 a 7) e corredati dalla documentazione complementare indicata.