

Richiesta assegni familiari per le salariate ed i salariati

(Questo formulario è valido per le richieste inoltrate dal 1° gennaio 2009)

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 all'Agenzia SSIC.

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? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: indicare il genere di prestazione ed allegare la relativa decisione				
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	
Occupato dal / al	Gr. d'occupazione in %	Regolare od irregolare?	Luogo di lavoro (Cantone)	Salario annuo presumibile soggetto all'AVS	
Indirizzo: Via / No.		NAP / Luogo		Raggiungibile per (telefono,e-mail, ecc.)	
Se il contratto di lavoro è iniziato nel corso del mese, indicare l'attività eventualmente svolta in precedenza (se salariato allegare copia del conteggio di stipendio; se disoccupato allegare copia del conteggio dell'Indennità di disoccupazione percepita)					
					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	Vive nell'economia domestica		Grado di parentela con il/la richiedente*				Incapacità al guadagno
						Si	No**	F	FC	F/S	A	Si
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 = Abiatico/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)	Consegue un reddito proveniente da sostanza?*		Consegue un reddito da attività lucrativa ai sensi dell'AVS?*		Consegue un reddito da rendite e/o da indennità giornaliere?*	
		Si	No	Si	No	Si	No
1		<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"/>
3		<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"/>
5		<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"/>

*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

- 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.

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)

