



Richiesta assegni familiari per:

- Dipendenti
- Indipendenti
- Assegno di differenza intercantonale
- Assegno di nascita

Per ulteriori informazioni, visitate il nostro sito web:
www.simulac.ch/it/cassa-dassegni-familiari



1 Richiedente (dipendente e/o indipendente)

Cognome		Nome	N. assicurato (n. AVS)
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna	Nazionalità	
Stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugata/o <input type="checkbox"/> separata/o <input type="checkbox"/> divorziata/o <input type="checkbox"/> vedova/o <input type="checkbox"/> partenariato registrato <input type="checkbox"/> partenariato sciolto dal (data)			
Indirizzo: Via / N.	NAP / Località		Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)
A partire da quando richiede gli (Datum)	Percepisce prestazioni *AI, AD, AINF, IGMal, IMat? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, indicare quale prestazione e da chi		
Per indipendenti: Ha un'attività secondaria come dipendente <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Ha più datori di lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: Da quale datore di lavoro percepisce il salario più elevato?		È anche indipendente? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: presso quale cassa di compensazione?	

2 Altro genitore

Cognome		Nome	N. assicurato (n. AVS)
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna	Nazionalità	
Stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugata/o <input type="checkbox"/> separata/o <input type="checkbox"/> divorziata/o <input type="checkbox"/> vedova/o <input type="checkbox"/> partenariato registrato <input type="checkbox"/> partenariato sciolto dal (data)			
Indirizzo: Via / N.	NAP / Località		Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)
Percepisce prestazioni *AI, AD, AINF, IGMal, IMat? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, indicare quale prestazione e da chi			
Esiste un rapporto di lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: Nome, indirizzo e n. di telefono del datore di lavoro		Cantone di lavoro	
Chi percepisce il salario più elevato? <input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Altro genitore		Sussiste una registrazione come indipendente (IND) o come persona senza attività lucrativa (PSAL) a una cassa di compensazione? <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> PSAL Se sì: presso quale cassa di compensazione?	

3 Figli

1. Figlia/o

Cognome	Nome	N. assicurato (n. AVS)
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grado di parentela con il/la richiedente <input type="checkbox"/> Legittima/o <input type="checkbox"/> Figliastra/o <input type="checkbox"/> Figlia/o elettiva/o <input type="checkbox"/> Altri:
La/il figlia/o ha più di 16 anni ed è inabile al lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: allegare il certificato medico o la decisione dell'AI		
Per figli a partire dai 16 anni Type di formazione Centro di formazione/Località Salario del/la figlia/o* superiore agli CHF 2'520.00 al mese <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Con chi vive la/il figlia/o <input type="checkbox"/> Economia domestica <input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Altro genitore <input type="checkbox"/> Altri:		

Si prega di allegare una conferma di formazione attuale con le date esatte di inizio e fine.

* incl. indennità giornaliere (malattia/infortunio, IPG, AD, AI)

2. Figlia/o

Cognome	Nome	N. assicurato (n. AVS)
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grado di parentela con il/la richiedente <input type="checkbox"/> Legittima/o <input type="checkbox"/> Figliastra/o <input type="checkbox"/> Figlia/o elettiva/o <input type="checkbox"/> Altri:
La/il figlia/o ha più di 16 anni ed è inabile al lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: allegare il certificato medico o la decisione dell'AI		
Per figli a partire dai 16 anni Type di formazione Centro di formazione/Località Salario del/la figlia/o* superiore agli CHF 2'520.00 al mese <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Con chi vive la/il figlia/o <input type="checkbox"/> Economia domestica <input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Altro genitore <input type="checkbox"/> Altri:		

Si prega di allegare una conferma di formazione attuale con le date esatte di inizio e fine.

* incl. indennità giornaliere (malattia/infortunio, IPG, AD, AI)

3. Figlia/o

Cognome	Nome	N. assicurato (n. AVS)
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grado di parentela con il/la richiedente <input type="checkbox"/> Legittima/o <input type="checkbox"/> Figliastra/o <input type="checkbox"/> Figlia/o elettiva/o <input type="checkbox"/> Altri:
La/il figlia/o ha più di 16 anni ed è inabile al lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: allegare il certificato medico o la decisione dell'AI		
Per figli a partire dai 16 anni Type di formazione Centro di formazione/Località Salario del/la figlia/o* superiore agli CHF 2'520.00 al mese <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Con chi vive la/il figlia/o <input type="checkbox"/> Economia domestica <input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Altro genitore <input type="checkbox"/> Altri:		

Si prega di allegare una conferma di formazione attuale con le date esatte di inizio e fine.

* incl. indennità giornaliere (malattia/infortunio, IPG, AD, AI)

Se si desidera presentare la domanda per più di tre bambini, si prega di stampare questa pagina più volte.

4 Indicazioni importanti / Conferma della richiesta

La persona che firma conferma che

- è a conoscenza che per ogni figlia/o può essere riscosso solo un assegno,
- fornendo informazioni false o tacendo dei fatti ci si rende punibili penalmente,
- le prestazioni percepite indebitamente devono essere rimborsate,
- si impegna a voler comunicare tempestivamente sia al datore di lavoro sia alla Cassa di compensazione ogni cambiamento dello stato di famiglia che possa influire sul diritto agli assegni familiari.

Indicazioni importanti

- Saranno elaborate unicamente le richieste compilate in ogni punto e corredate da tutti i documenti.
- Il pagamento di assegni familiari prima d'aver ricevuto la corrispondente decisione d'assegnazione di assegni avviene a rischio del datore di lavoro.

Data, firma
della/del richiedente

5. Alla richiesta devono essere allegati i seguenti documenti

Tutti	<ul style="list-style-type: none">• Conferma di eventuali prestazioni di altre assicurazioni sociali (AD, AI, IGMal, ecc.)
Assicurati con cittadinanza CH	<ul style="list-style-type: none">• Copia del libretto di famiglia (genitori e figli)• copia del certificato di nascita dei figli e copia del certificato di matrimonio
Assicurati con cittadinanza straniera	<ul style="list-style-type: none">• Genitori: copia dei permessi di soggiorno e copia del certificato di matrimonio (o simile)• Figli: copia dei permessidi soggiorno e copia dei certificatidi nascita <p><i>I documenti che non sono redatti in una lingua nazionale svizzera devono essere tradotti!</i></p>
<hr/>	
Persone celibi/nubili	<ul style="list-style-type: none">• Copia dei certificati di nascita dei figli, copia del riconoscimento di paternità, copia del contratto di mantenimento dei figli• Copia della dichiarazione concernente l'autorità parentale congiunta prima/dopo la nascita
<hr/>	
Persone separate o divorziate	<ul style="list-style-type: none">• Estratto della sentenza di divorzio o di separazione concernente l'affidamento
<hr/>	
Per figli con più di 16 anni	<ul style="list-style-type: none">• Conferma dell'attuale formazione/certificato medico se inabile al lavoro

6 Datore di lavoro

Nome	Numero di conteggio	
Rapporto di lavoro dal / fino al	Cantone di lavoro	Salario annuo della persona richiedente almeno di CHF 7'560.00? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
La persona richiedente lavora <u>tutto l'anno</u> ? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se no, indicare come		
Indirizzo: Via / N.	NAP / Località	Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)
Data, timbro, firma del datore di lavoro		

Per ulteriori informazioni, visitate il nostro sito web:



www.simulac.ch/it/cassa-dassegni-familiari