

Cassa cantonale per gli assegni familiari

Richiesta assegni familiari per le persone senza attività lucrativa (PSAL)



Per favore compilare in stampatello e in colore nero.

1 Richiedente

(La domanda può essere inoltrata unicamente dalle persone già in possesso della conferma d'affiliazione nella categoria PSAL.)

Cognome		Nome		No. assicurato / No. AVS	Numero di conteggio (allegare copia della decisione d'affiliazione)
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"/> 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 Percepisce assegni integrativi o di prima infanzia? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Percepisce prestazioni dall'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Percepisce una rendita di vecchiaia anticipata? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Percepisce una rendita di vecchiaia ordinaria? <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)					
Le persone indicate sul formulario di richiesta percepiscono una prestazione complementare all'AVS/AI? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: indicare chi					
Ha depositato una domanda di prestazione complementare all'AVS/AI? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: indicare presso quale Cassa di compensazione AVS/AI/IPG ed in quale data la domanda è stata inoltrata					
Il deposito di una domanda o il riconoscimento di una prestazione complementare all'AVS/AI deve essere immediatamente comunicata alla Cassa cantonale per gli assegni familiari.					
Indirizzo di pagamento (allegare copia documento ufficiale: es. intestazione estratto conto) <input type="checkbox"/> Conto corrente postale (CCP) Numero del conto corrente postale: <input type="checkbox"/> Conto corrente bancario (CCB) Numero del conto corrente bancario: Indirizzo della banca					
IBAN del conto (CCP o CCB)					

2 Eventuale datore di lavoro (se esercita anche un'attività lucrativa quale salariato)

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 checked="" 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 checked="" 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.)	
Svolge un'attività lavorativa dipendente? Se sì: nome, indirizzo e no. di telefono del datore di lavoro				<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> PSAL
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione invalidità, Assicurazione disoccupazione, Assicurazione infortuni, Indennità malattia, Indennità maternità?				<input type="checkbox"/> Sì	<input checked="" type="checkbox"/> No
Percepisce assegni integrativi o di prima infanzia?				<input checked="" type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Percepisce prestazioni dall'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento?				<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Percepisce una rendita di vecchiaia anticipata?				<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Percepisce una rendita di vecchiaia ordinaria?				<input type="checkbox"/> Sì	<input checked="" type="checkbox"/> No
Se sì: indicare il genere di prestazione ed allegare la relativa decisione					
Percepisce una prestazione complementare all'AVS/AI? Ha depositato una domanda di prestazione complementare all'AVS/AI? Se sì: indicare presso quale Cassa di compensazione AVS/AI/IPG ed in quale data la domanda è stata inoltrata				<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Il deposito di una domanda o il riconoscimento di una prestazione complementare all'AVS/AI deve essere immediatamente comunicata alla Cassa cantonale per gli assegni familiari.					

Genitore 2 oppure attuale coniuge o partner registrato:

Cognome		Nome		No. assicurato / No. AVS	
Data di nascita	Sesso Uomo Donna		Nazionalità		
Stato civile celibe/nubile coniugato/a separato/a divorziato/a vedovo/a partenariato registrato partenariato registrato sciolto			Dal (data)		
Indirizzo: Via / No.		NAP / Luogo		Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)	
Svolge un'attività lavorativa dipendente? Se sì: nome, indirizzo e no. di telefono del datore di lavoro				Si	No
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?				Indipendente	PSAL
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione invalidità, Assicurazione disoccupazione, Assicurazione infortuni, Indennità malattia, Indennità maternità?				Si	No
Percepisce assegni integrativi o di prima infanzia?				Si	No
Percepisce prestazioni dall'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento?				Si	No
Percepisce una rendita di vecchiaia anticipata?				Si	No
Percepisce una rendita di vecchiaia ordinaria?				Si	No
Se sì: indicare il genere di prestazione ed allegare la relativa decisione					
Percepisce una prestazione complementare all'AVS/AI Ha depositato una domanda di prestazione complementare all'AVS/AI? Se sì: indicare presso quale Cassa di compensazione AVS/AI/IPG ed in quale data la domanda è stata inoltrata				Si	No
Il deposito di una domanda o il riconoscimento di una prestazione complementare all'AVS/AI deve essere immediatamente comunicata alla Cassa cantonale per gli assegni familiari.					

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? Si 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) Si No

6 Indicazioni importanti / Conferma della richiesta**Indicazioni importanti**

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, 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'Agencia comunale AVS del Comune di domicilio del/la richiedente per i residenti in Svizzera

La sottoscritta **Agencia 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'Agencia
-------	------	-----------------------------

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)

Per richieste precedenti al 1° gennaio 2013 allegare inoltre la seguente documentazione.

Copia dell'ultima decisione di tassazione passata in giudicato in suo possesso (imposta federale diretta) riferita all'anno per il quale è richiesta la prestazione.

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.