

Richiesta assegni familiari (Canton Ticino)

Richiedente

Sono: Dipendente Indipendente Senza attività lucrativa

Cognome, Nome: _____

Indirizzo: _____

Data di nascita: _____

Numero AVS: _____

Sesso: Uomo Donna

Stato civile: Celibe/Nubile Sposato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

Partenariato registrato Partenariato sciolto Dal (data): _____

Nazionalità: _____

Richiedente d'asilo:

Sì No

Raggiungibile per (telefono, e-mail): _____

A partire da quando richiede gli assegni (data): _____

È beneficiario di prestazioni dell'AI, AD, AINF, IGM, IMat*? No Sì, beneficio di prestazioni da:

* AI = Assicurazione invalidità, AD = Assicurazione contro la disoccupazione, AINF = Assicurazione contro gli infortuni, IGM = Assicurazione malattia indennità giornaliera, IMat = Indennità di maternità

Datore di lavoro

Numero di conteggio:

Nome esercizio: _____

Indirizzo: _____

Il richiedente è/era occupato dal: _____

al: _____

Tasso di occupazione del richiedente in %: _____

Luogo di lavoro (cantone): _____

Il reddito annuo presumibile del richiedente sarà superiore a CHF 6'960.-? Sì No

Altri datori di lavoro (nome, indirizzo, raggiungibile per [telefono, e-mail], persona di contatto): _____

Quale datore di lavoro versa il salario più elevato? _____



Altro genitore

Nel caso in cui l'altro genitore sia diverso dall'attuale partner, voglia compilare anche il punto «Partner».

Cognome, Nome: _____

Indirizzo: _____

Data di nascita: _____

Numero AVS: _____

Sesso: Uomo Donna

Stato civile: Celibe/Nubile Sposato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

Partenariato registrato Partenariato sciolto Dal (data): _____

Nazionalità: _____

Richiedente d'asilo:

Sì No

L'altro genitore è salariato? No Sì. Nome, indirizzo e telefono del datore di lavoro: _____

Luogo di lavoro (cantone): _____

Tasso di occupazione in %: _____

Il reddito annuo presumibile sarà superiore a quello del richiedente?

Sì No

Il reddito annuo presumibile sarà superiore a CHF 6'960.-?

Sì No

L'altro genitore è iscritto presso una cassa di compensazione come indipendente o persona senza attività lucrativa?

No Sì, come indipendente persona senza attività lucrativa

Cassa di compensazione competente: _____

L'altro genitore beneficia di prestazioni dell'AI, AD, AINF, IGM, IMat*? No Sì, percepisce prestazioni da: _____

Partner

Da compilare solamente se la persona iscritta al punto «Altro genitore» non corrisponde al partner attuale.

Cognome, Nome: _____

Indirizzo: _____

Data di nascita: _____

Numero AVS: _____

Sesso: Uomo Donna

Stato civile: Celibe/Nubile Sposato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

Partenariato registrato Partenariato sciolto Dal (data): _____

Nazionalità: _____

Richiedente d'asilo:

Sì No

Il partner attuale è salariato? No Sì. Nome, indirizzo e telefono del datore di lavoro: _____



Luogo di lavoro (cantone): _____

Tasso di occupazione in %: _____

Il reddito annuo presumibile sarà superiore a quello del richiedente? **Si** **No**

Il reddito annuo presumibile sarà superiore a CHF 6'960.-? **Si** **No**

Il partner è iscritto presso una cassa di compensazione come indipendente o persona senza attività lucrativa?

No **Si**, come indipendente persona senza attività lucrativa

Cassa di compensazione competente: _____

Il partner beneficia di prestazioni dell'AI, AD, AINF, IGM, IMat*? **No** **Si**, percepisce prestazioni da: _____

Figli fino a 25 anni al massimo

Se annuncia più di 5 figli, voglia compilare un altro modulo

Indicazioni generali:

Figlio	Cognome	Nome/Nomi	Data di nascita	Sesso		Vive nella propria economia domestica		Grado di parentela						Inabile al lavoro		
				M	F	Si	No**	L*	A*	F*	E*	F/S*	N*	Si		
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* L = figlio legittimo, A = figlio adottivo, F = figliastro, E = elettivo, F/S = fratello/sorella, N = nipote

** No = se il figlio non vive nella propria economia domestica, voglia indicare l'indirizzo nella tabella seguente

Informazioni complementari per i figli in formazione e/o che non vivono nella propria economia domestica:

Figlio	Formazione				Reddito annuo	Domicilio del figlio (Via, Numero, NAP, Località, Paese)
	Inizio	Fine	Tipo	Istituto di formazione		
1						
2						
3						
4						
5						

GastroSocial
Cassa di compensazione
5001 Aarau

Succursale Ticino
Via Gemmo 11
Casella postale 557
6903 Lugano

T 091 960 30 00
F 091 966 84 38
info@gastrosocial.ch
www.gastrosocial.ch



Ulteriori informazioni

Un'altra persona beneficia o ha beneficiato di assegni per uno dei figli elencati?

No Si

Cognome, Nome del beneficiario:

Cassa di compensazione competente:

Fino al (data):

A questa richiesta voglia allegare i seguenti documenti

- Svizzeri: atto di matrimonio, copia del libretto di famiglia (genitori e figli) o atto di nascita dei figli
- Stranieri (genitori): copia del permesso e atto di matrimonio
- Stranieri (figli): copia del permesso e atto di nascita
- Per i figli domiciliati all'estero: conferma attuale dell'autorità competente per gli assegni familiari dello stato in cui i figli risiedono (formulario E-411)
- Persone celibi/nubili: atto di nascita dei figli, riconoscimento di paternità, convenzione di mantenimento
- Persone divorziate o separate: estratto della sentenza di divorzio o di separazione relativa al diritto di custodia
- Per figli con più di 16 anni: certificato di frequenza alla scuola o certificato medico per figli invalidi
- Se un'altra prestazione è percepita: conferma dell'assicuratore che versa la prestazione (AI, AD, AINF, IGM, IMat)

I documenti che non sono redatti in una lingua nazionale Svizzera, devono essere tradotti da un traduttore riconosciuto.

Indicazioni importanti/Conferma della richiesta

- Saranno elaborate unicamente le richieste completamente compilate e corredate dai rispettivi documenti.
- Il pagamento degli assegni familiari prima del ricevimento della decisione scritta è a rischio del datore di lavoro.

Il richiedente conferma

- di aver compilato la richiesta conformemente al vero.
- di aver preso atto che per ogni figlio è possibile riscuotere un unico assegno completo.
- di aver preso atto di esporsi alle sanzioni penali indicando delle dichiarazioni false o nascondere dei fatti essenziali.
- di aver preso atto che le prestazioni percepite indebitamente dovranno essere rimborsate.
- di essere obbligato a comunicare immediatamente al datore di lavoro, risp. alla cassa di compensazione, ogni cambiamento della situazione familiare che potrebbe influire sul diritto agli assegni familiari.

Osservazioni:

Luogo e data

Firma del richiedente

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro

Per favore firmare e spedire.

GastroSocial
Cassa di compensazione
5001 Aarau

Succursale Ticino
Via Gemmo 11
Casella postale 557
6903 Lugano

T 091 960 30 00
F 091 966 84 38
info@gastrosocial.ch
www.gastrosocial.ch

Institution GastroSuisse

