

## Cassa cantonale di compensazione 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

Cognome		Nome		No. assicurato / No. AVS		Numero di conteggio	
Data di nascita		Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna		Nazionalità e tipo di permesso		Tipo di tassazione <input type="checkbox"/> alla fonte <input type="checkbox"/> ordinaria	
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? (indicare il giorno, mese ed anno)		Percepisce prestazioni dall'Assicurazione invalidità o indennità giornaliera dell'AI? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
		Percepisce prestazioni dall'Assicurazione disoccupazione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
		Percepisce prestazioni dall'Assicurazione infortunio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
		Percepisce prestazioni dall'Assicurazione malattia? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
		Percepisce prestazioni dall'Assicurazione 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? (AVS o LPP) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
		Percepisce una rendita di vecchiaia ordinaria? (AVS) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
Se si: allegare, a dipendenza del caso, la/le decisione/i, il/i conteggio/i mensile/i dell'assicuratore competente e/o del datore di lavoro, il/i conteggio/i stipendio mensile/i rilasciato/i dal datore di lavoro e il/i certificato/i medico/i							
Se la data di richiesta degli assegni fosse precedente alla data in cui è stato/a affiliato/a all'AVS quale persona senza attività lucrativa, voglia precisarne il motivo (v. sotto). <input type="checkbox"/> ha già pagato sufficienti contributi AVS/AI/IPG tramite l'attività salariata <input type="checkbox"/> ha già pagato sufficienti contributi AVS/AI/IPG tramite le indennità di disoccupazione <input type="checkbox"/> il coniuge dal quale è separata/o versa sufficienti contributi anche per lei <input type="checkbox"/> altro _____							
Le persone indicate sul formulario di richiesta percepiscono una prestazione complementare (PC) alla rendita AVS/AI? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No							
Se si: indicare chi							
Ha depositato una domanda di prestazione complementare (PC) alla rendita AVS/AI? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No							
Se si: indicare presso quale Cassa di compensazione AVS/AI/IPG ed in quale data la domanda è stata inoltrata							
Il deposito di una domanda e/o il riconoscimento di una prestazione complementare all'AVS/AI devono essere immediatamente comunicati alla Cassa cantonale di compensazione per gli assegni familiari.							
Indirizzo di pagamento <b>Trasmettere, unitamente al presente modulo, una copia di un documento ufficiale (ad es. intestazione estratto conto, copia tessera CCP o CCB) dal quale si possano rilevare i dati del conto corrente sul quale dovrà essere versata l'eventuale prestazione, ovvero: nome dell'Istituto bancario (non vale per la Postfinance), numero IBAN, nominativo del titolare del conto, sede.</b>							

Per il periodo durante il quale richiede gli assegni esercita o ha esercitato un'attività lucrativa quale salariato/a?  
Se sì, compilare il punto 2

Sì  No

## 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			

Per il periodo durante il quale richiede gli assegni esercita o ha esercitato un'attività indipendente?  
Se sì, compilare il punto 2a

Sì  No

### 2a Indipendente

Numero di conteggio		
Indirizzo: Via / No.		Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)
Occupato dal / al	Luogo di lavoro (Cantone)	Reddito annuo presumibile soggetto all'AVS

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

Dal quarto figlio, rispettivamente dalla quarta persona, è necessario aggiungere e compilare un'ulteriore pagina (no.2, punto 3) di questo 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	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"/>

\*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				

\*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"/>

\*In caso di risposta affermativa allegare i relativi giustificativi

**4 Dati concernenti l'altro genitore (dati del padre o della madre dei figli)**

(se il richiedente non è uno di loro, indicare i dati dei genitori)

**Genitore 1:**

Cognome		Nome		No. assicurato / No. AVS	
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna		Nazionalità e tipo di permesso		
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 si: nome, indirizzo e no. di telefono di tutti i datori di lavoro			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Salario annuo soggetto all'AVS (inviare le copie dei relativi conteggi stipendio)	Luogo di lavoro (Cantone / Stato)
Svolge un'attività lavorativa indipendente? Se si: indicare il numero di conteggio (solo per indipendenti in Svizzera)			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reddito annuo soggetto all'AVS	Luogo di lavoro (Cantone / Stato)
È affiliato ad una cassa di compensazione come persona senza attività lucrativa (PSAL)? Se si: presso quale cassa di compensazione?				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione invalidità o indennità giornaliera dell'AI?				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione disoccupazione?				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione infortunio?				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione malattia?				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione maternità?				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Percepisce assegni integrativi o di prima infanzia?				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Percepisce prestazioni dall'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento?				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Percepisce una rendita di vecchiaia anticipata? (AVS o LPP)				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Percepisce una rendita di vecchiaia ordinaria? (AVS)				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Se si: allegare, a dipendenza del caso, la/le decisione/i, il/i conteggio/i mensile/i dell'assicuratore competente e/o del datore di lavoro, il/i conteggio/i stipendio mensile/i rilasciato/i dal datore di lavoro e il/i certificato/i medico/i					
Percepisce una prestazione complementare (PC) all'AVS/AI				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha depositato una domanda di prestazione complementare (PC) alla rendita AVS/AI?				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Se si: indicare presso quale Cassa di compensazione AVS/AI/IPG ed in quale data la domanda è stata inoltrata					
Il deposito di una domanda e/o il riconoscimento di una prestazione complementare all'AVS/AI devono essere immediatamente comunicati alla Cassa cantonale di compensazione per gli assegni familiari.					

**Genitore 2 (dati del padre o della madre dei figli oppure dell'attuale coniuge o partner registrato):**

Cognome		Nome		No. assicurato / No. AVS	
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna		Nazionalità e tipo di permesso		
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 di tutti i datori di lavoro			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Salario annuo soggetto all'AVS (inviare le copie dei relativi conteggi stipendio)      Luogo di lavoro (Cantone / Stato)
Svolge un'attività lavorativa indipendente? Se sì: indicare il numero di conteggio (solo per indipendenti in Svizzera)			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Reddito annuo soggetto all'AVS      Luogo di lavoro (Cantone / Stato)
È affiliato ad una cassa di compensazione come persona senza attività lucrativa (PSAL)? Se sì: presso quale cassa di compensazione?					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione invalidità o indennità giornaliera dell'AI?					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione disoccupazione?					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione infortunio?					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione malattia?					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Percepisce prestazioni dall'Assicurazione 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? (AVS o LPP)					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Percepisce una rendita di vecchiaia ordinaria? (AVS)					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Se sì: allegare, a dipendenza del caso, la/le decisione/i, il/i conteggio/i mensile/i dell'assicuratore competente e/o del datore di lavoro, il/i conteggio/i stipendio mensile/i rilasciato/i dal datore di lavoro e il/i certificato/i medico/i					
Percepisce una prestazione complementare (PC) all'AVS/AI? Ha depositato una domanda di prestazione complementare (PC) alla rendita 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 <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il deposito di una domanda e/o il riconoscimento di una prestazione complementare all'AVS/AI devono essere immediatamente comunicati alla Cassa cantonale di compensazione per gli assegni familiari.					

**5 Altri dati**

Per le persone elencate al punto 3, è stata inoltrata un'altra richiesta per l'ottenimento degli assegni familiari?  Sì    No  
Se sì, presso quale Cassa per assegni familiari, da chi e per quale persona?

Per le persone elencate al punto 3, un'altra persona percepisce o ha percepito degli assegni familiari?  Sì    No  
Se sì, tramite quale Cassa per assegni familiari, da chi, per quale persona e per quale periodo? (allegare la decisione della Cassa competente)

## 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 cantonale 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 della dichiarazione rilasciata dall'Ufficio regionale degli stranieri attestante il rinnovo del permesso o altro

Copia dell'ev. atto di matrimonio

Formulario E401 (v. nota sopra indicata)

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà rilasciata dall'altro genitore, attestante l'attività che svolge, corredata da una copia di un documento d'identità

### Persone celibi/nubili

Copia dell'atto di riconoscimento di paternità e della relativa convenzione alimentare o della dichiarazione concernente l'autorità parentale congiunta

### 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 corredata 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 corredata dalla documentazione complementare indicata.**