

Datore di lavoro :

No Affiliato :

Indirizzo/Cantone :

RICHIESTA ASSEGNO COMPLEMENTARE

Richiesta da riempire una volta al anno oppure alla partenze del dipendente

A) RICHIEDENTE
Numero d'assicurato

 Cognome e nome Nazionalità
Come da permesso soggiorno (indicare anche il cognome da nubile)

 Data di nascita
giorno mese anno

 Indirizzo
Via/numero/CAP/Luogo

 Stato civile celibe/nubile sposato/a vedovo/a unione domestica registrata (LUD) separato/a divorziato/a

 In caso di divorzio/separazione chi ha l'autorità parentale ? la madre il padre condivisa

 In caso di divorzio/separazione chi detiene la custodia ? la madre il padre condivisa

Data di assunzione: Data di fine contratto con l'impresa:

B) SITUAZIONE DEL CONIUGE, CONVIVENTE, EX-CONIUGE, EX-CONVIVENTE

 Cognome e nome Nazionalità.....
Come da permesso soggiorno (indicare anche il cognome da nubile)

 Date di nascita Numero d'assicurato
giorno mese anno

 Stato civile celibe/nubile sposato/a vedovo/a unione domestica registrata separato/a divorziato/a

Datore di lavoro :

C) BAMBINI PER I QUALI IL RICHIEDENTE CONTRIBUISCE AL MANTENIMENTO
(Figli propri, adottivi o di una precedente unione che vivono principalmente in casa, bambini affidati, mantenuti e educati gratuitamente, fratelli, sorelle o nipoti.)

	Cognome e nome	Data di nascita	Indirizzo dove il bambino abita principalmente se differente dall'indirizzo del richiedente	Legame di parentela				
				dell'attuale matrimonio	Del precedente matrimonio	Del coniuge	Fuori matrimonio	affidato/ adottato
1				<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"/>
3				<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"/>
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D) PERIODO PER IL QUALE SI RICHIEDE L'ASSEGNO COMPLEMENTARE

Data inizio: Data di fine:

E) PAGAMENTO DEL ASSEGNO COMPLEMENTAIRE in Svizzera solo (se pagamento diretto)
 al datore di lavoro

 al richiedente (riempire le coordinate qui sotto)

Conto postale n° IBAN : CH

Conto bancario n° Clearing IBAN : CH

Filiale istituto Luogo

Firma del richiedente
Il(la) sottoscritto(a) certifica che ha risposto in maniera completa e veridica a tutte le domande.

Data :

Firma del richiedente :

Firma del datore di lavoro
Il datore di lavoro certifica che le dichiarazioni del dipendente sono coerenti con le informazioni in suo possesso per quanto riguarda la situazione del dipendente.

Data :

Timbro e firma :