

**CCIH**

Cassa di Compensazione ALFA dell'Industria Orlogera

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 annoIndirizzo
Via/numero/CAP/LuogoStato civile ☐ celibe/nubile ☐ sposato/a ☐ vedovo/a ☐ unione domestica registrata (LUD) ☐ separato/a ☐ divorziato/aIn caso di divorzio/separazione chi ha l'autorità parentale ? ☐ la madre ☐ il padre ☐ condivisaIn 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-CONVIVENTECognome e nome Nazionalità.....
Come da permesso soggiorno (indicare anche il cognome da nubile)Date di nascita Numero d'assicurato
giorno mese annoStato 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.)

				Legame di parentela				
Cognome e nome		Data di nascita	Indirizzo dove il bambino abita principalmente se differente dall'indirizzo del richiedente	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 :