AHV-KASSE METZGER
CAISSE AVS DES BOUCHERS
CASSA AVS DEI MACELLAI

AHV-KASSE · CAISSE AVS · CASSA AVS · 34
Wyttenbachstrasse 24 · Postfach · 3000 Bern 22
031 340 60 90 · fa34@ak34.ch · **www.ahvpkmetzger.ch**

Richiesta assegni familiari per:

Per ulteriori informazioni, visitate il nostro sito web:
www.ahvpkmetzger.ch/it/cassa-dassegni-familiari

☐ Dipendenti
☐ Indipendenti
☐ Assegno di differenza intercantonale
☐ Assegno di nascita

1 Richiedente (dipendente e/o indipendente)

Cognome	Nome	N. assicurato (n. AVS)

Data di nascita	Sesso	Nazionalità
	☐ Uomo ☐ Donna	

Stato civile
☐ celibe/nubile ☐ coniugata/o ☐ separata/o ☐ divorziata/o ☐ vedova/o ☐ partenariato registrato ☐ partenariato sciolto dal (data)

Indirizzo: Via / N.	NAP / Località	Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)

A partire da quando richiede gli (Datum)	Percepisce prestazioni *AI, AD, AINF, IGMal, IMat? ☐ Sì ☐ No Se sì, indicare quale prestazione e da chi

Per indipendenti:
Ha un'attività secondaria come dipendente ☐ Sì ☐ No

Per dipendenti:
Ha più datori di lavoro? ☐ Sì ☐ No
Se sì: Da quale datore di lavoro percepisce il salario più elevato?

È anche indipendente? ☐ Sì ☐ No
Se sì: presso quale cassa di compensazione?

2 Altro genitore

Cognome	Nome	N. assicurato (n. AVS)

Data di nascita	Sesso	Nazionalità
	☐ Uomo ☐ Donna	

Stato civile
☐ celibe/nubile ☐ coniugata/o ☐ separata/o ☐ divorziata/o ☐ vedova/o ☐ partenariato registrato ☐ partenariato sciolto dal (data)

Indirizzo: Via / N.	NAP / Località	Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)

Percepisce prestazioni *AI, AD, AINF, IGMal, IMat? ☐ Sì ☐ No
Se sì, indicare quale prestazione e da chi

Esiste un rapporto di lavoro? ☐ Sì ☐ No
Se sì: Nome, indirizzo e n. di telefono del datore di lavoro

Cantone di lavoro

Chi percepisce il salario più elevato?
☐ Richiedente ☐ Altro genitore

Sussiste una registrazione come indipendente (IND) o come personasenza attività lucrativa (PSAL) a una cassa di compensazione? ☐ IND ☐ PSAL
Se sì: presso quale cassa di compensazione?

3 Figli

1. Figlia/o

Cognome	Nome	N. assicurato (n. AVS)

Data di nascita	Sesso	Grado di parentela con il/la richiedente
	☐ M ☐ F	☐ Legittima/o ☐ Figliastra/o ☐ Figlia/o elettiva/o ☐ Altri:

La/il figlia/o ha più di 16 anni ed è inabile al lavoro? ☐ Sì ☐ No
Se sì: allegare il certificato medico o la decisione dell'AI

Per figli a partire dai 16 anni

Tipo di formazione	Centro di formazione/Località	Salario del/la figlia/o* superiore agli CHF 2’520.00 al mese
		☐ Sì ☐ No

Con chi vive la/il figlia/o
☐ Economia domestica ☐ Richiedente ☐ Altro genitore ☐ Altri:

Si prega di allegare una conferma di formazione attuale con le date esatte di inizio e fine.
* incl. indennità giornaliere (malattia/infortunio, IPG, AD, AI)

2. Figlia/o

Cognome	Nome	N. assicurato (n. AVS)

Data di nascita	Sesso	Grado di parentela con il/la richiedente
	☐ M ☐ F	☐ Legittima/o ☐ Figliastra/o ☐ Figlia/o elettiva/o ☐ Altri:

La/il figlia/o ha più di 16 anni ed è inabile al lavoro? ☐ Sì ☐ No
Se sì: allegare il certificato medico o la decisione dell'AI

Per figli a partire dai 16 anni

Tipo di formazione	Centro di formazione/Località	Salario del/la figlia/o* superiore agli CHF 2’520.00 al mese
		☐ Sì ☐ No

Con chi vive la/il figlia/o
☐ Economia domestica ☐ Richiedente ☐ Altro genitore ☐ Altri:

Si prega di allegare una conferma di formazione attuale con le date esatte di inizio e fine.
* incl. indennità giornaliere (malattia/infortunio, IPG, AD, AI)

3. Figlia/o

Cognome	Nome	N. assicurato (n. AVS)

Data di nascita	Sesso	Grado di parentela con il/la richiedente
	☐ M ☐ F	☐ Legittima/o ☐ Figliastra/o ☐ Figlia/o elettiva/o ☐ Altri:

La/il figlia/o ha più di 16 anni ed è inabile al lavoro? ☐ Sì ☐ No
Se sì: allegare il certificato medico o la decisione dell'AI

Per figli a partire dai 16 anni

Tipo di formazione	Centro di formazione/Località	Salario del/la figlia/o* superiore agli CHF 2’520.00 al mese
		☐ Sì ☐ No

Con chi vive la/il figlia/o
☐ Economia domestica ☐ Richiedente ☐ Altro genitore ☐ Altri:

Si prega di allegare una conferma di formazione attuale con le date esatte di inizio e fine.
* incl. indennità giornaliere (malattia/infortunio, IPG, AD, AI)

Se si desidera presentare la domanda per più di tre bambini, si prega di stampare questa pagina più volte.

4 Indicazioni importanti / Conferma della richiesta

La persona che firma conferma che

- è a conoscenza che per ogni figlia/o può essere riscosso solo un assegno,
- fornendo informazioni false o tacendo dei fatti ci si rende punibili penalmente,
- le prestazioni percepite indebitamente devono essere rimborsate,
- si impegna a voler comunicare tempestivamente sia al datore di lavoro sia alla Cassa di compensazione ogni cambiamento dello stato di famiglia che possa influire sul diritto agli assegni familiari.

Indicazioni importanti

- Saranno elaborate unicamente le richieste compilate in ogni punto e corredate da tutti i documenti.
- Il pagamento di assegni familiari prima d'aver ricevuto la corrispondente decisione d'assegnazione di assegni avviene a rischio del datore di lavoro.

Data, firma
della/del richiedente

5. Alla richiesta devono essere allegati i seguenti documenti

Tutti	• **Conferma di eventuali prestazioni di altre assicurazioni sociali (AD, AI, IGMal, ecc.)**
Assicurati con cittadinanza CH	• Copia del libretto di famiglia (genitori e figli) copia del certificato di nascita dei figli e copia del certificato di matrimonio
Assicurati con cittadinanza straniera	• Genitori: copia dei permessi di soggiorno e copia del certificato di matrimonio (o simile) • Figli: copia dei permessidi soggiorno e copia dei certificatidi nascita *I documenti che non sono redatti in una lingua nazionale svizzera devono essere tradotti!*
Persone celibi/nubili	• Copia dei certificati di nascita dei figli, copia del riconoscimento di paternità, copia del contratto di mantenimento dei figli • Copia della dichiarazione concernente l'autorità parentale congiunta prima/dopo la nascita
Persone separate o divorziate	• Estratto della sentenza di divorzio o di separazione concernente l'affidamento
Per figli con più di 16 anni	• Conferma dell'attuale formazione/certificato medico se inabile al lavoro

6 Datore di lavoro

Nome	Numero di conteggio

Rapporto di lavoro dal / fino al	Cantone di lavoro	Salario annuo della persona richiedente almeno di CHF 7’560.00? ☐ Sì ☐ No

La persona richiedente lavora tutto l’anno? ☐ Sì ☐ No
Se no, indicare come

Indirizzo: Via / N.	NAP / Località	Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)

Data, timbro, firma del
datore di lavoro

Per ulteriori informazioni, visitate il nostro sito web:

www.ahvpkmetzger.ch/it/cassa-dassegni-familiari