



Caisses d'allocations familiales
Casse degli assegni familiari
MEROBA – CAFAB - SPIDA – PROMEA

Rue de la Dixence 20
Casella postale
1951 Sion

Tel. 027 327 51 11 Email : af@bureaudesmetiers.ch
Sito Internet : www.afbm.ch

Datore di lavoro:

No impresa

Cantone (se succursale fuori dal cantone Vallese)

DOMANDA PER ASSEGNI FAMILIARI

Da completare **principalmente** dalla persona che esercita la sua attività lucrativa nel cantone di domicilio della famiglia e che realizza il salario più elevato.

A) RICHIEDENTE

AVS :

Cognome e nome
secondo il permesso di soggiorno (per le donne, indicare anche il cognome da nubile)

Data di nascita : giorno . mese . anno Sesso : maschile femminile Nazionalità : Permesso :
B/C/G/L/N/F

Indirizzo : Tel. :
via/numero
 CAP localit  localit  Email :

Stato civile celibe/nubile sposato(a) dal vedovo(a) dal divorziato(a) dal
 convivenza risposato(a) dal separato(a) dal partenariato dal

B) SITUAZIONE DEL/DELLA RICHIEDENTE

Attivit  precedente fino al : . .

Datore di lavoro principale

Indirizzo
via/numero
 CAP localit  localit 

Luogo d'attivit 

Altro datore di lavoro

dal : . .

Indirizzo
via/numero
 CAP localit  localit 

Salario sottoposto all'AVS

mensile : CHF '

o annuale : CHF '

Luogo d'attivit 

Una prestazione dell'AI, AD, AINF, AM o Amat   percepita s  no

Abbreviazioni: assicurazione-invalidit  (AI), assicurazione-disoccupazione (AD), assicurazione infortuni (AINF), assicurazione-maternit  (Amat)

Se s , quale prestazione e da quale ufficio o cassa viene versata :

In caso di cumulo d'attivit  lucrative a tempo parziale, i redditi vengono sommati e il diritto   collegato al datore di lavoro che versa il salario pi  elevato.

C) FIGLI A CARICO DEL/DELLA RICHIEDENTE (Figli propri o adottivi, d'una precedente unione, bambini affidati, mantenuti e educati gratuitamente, fratelli o sorelle o nipoti.)				Legame di parentela				
				dell'attuale matrimonio	del precedente matrimonio	della congiunto/a fuori matrimonio	affidato / adottato	
Cognome, nome / ...	Data di nascita	Indirizzo dove vive principalmente il figlio	Reddito					
Cognome/nome : N° AVS : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>		CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cognome/nome : N° AVS : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>		CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cognome/nome : N° AVS : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>		CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cognome/nome : N° AVS : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>		CHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) SITUAZIONE DEL/DELLA CONGIUNTO/A				E) DELL'EX CONGIUNTO/A O DELL'ALTRO GENITORE				
AVS : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>				AVS : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>				
Cognome e nome <small>secondo il permesso di soggiorno (per le donne indicare anche il nome da nubile)</small>				Cognome e nome <small>secondo il permesso di soggiorno (per le donne indicare anche il nome da nubile)</small>				
Data di nascita : <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>giorno mese anno</small>				Data di nascita : <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>giorno mese anno</small>				
Nazionalità : Permesso : <small>B/C/G/L/N/F</small>				Nazionalità : Permesso : <small>B/C/G/L/N/F</small>				
Domiciliato/a allo stesso indirizzo del richiedente : <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <small>Se no, indicare l'indirizzo qui di seguito</small>				Stato civile :				
Indirizzo : <small>via/numero</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>CAP/località</small>				Indirizzo : <small>via/numero</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>CAP/località</small>				
È egli/ella <input type="checkbox"/> salariato/a <input type="checkbox"/> indipendente <input type="checkbox"/> in disoccupazione <input type="checkbox"/> pensionato/a <input type="checkbox"/> malattia/infortunio <input type="checkbox"/> senza attività lucrativa				È egli/ella <input type="checkbox"/> salariato/a <input type="checkbox"/> indipendente <input type="checkbox"/> in disoccupazione <input type="checkbox"/> pensionato/a <input type="checkbox"/> malattia/infortunio <input type="checkbox"/> senza attività lucrativa				
Se salariato/a, indicare cognome e indirizzo del/dei datori di lavoro qui di seguito				Se salariato/a, indicare cognome e indirizzo del/dei datori di lavoro qui di seguito				
Cognome :				Cognome :				
Indirizzo : <small>via/numero</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>CAP/località</small>				Indirizzo : <small>via/numero</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>CAP/località</small>				
Cognome :				Cognome :				
Indirizzo : <small>via/numero</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>CAP/località</small>				Indirizzo : <small>via/numero</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>CAP/località</small>				
Totale dei salari sottoposti all'AVS mensile : CHF <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> o annuale : CHF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				Totale dei salari sottoposti all'AVS superiori a CHF 630.- al mese o a CHF 7'560.- all'anno <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non				
Indirizzo del posto di lavoro :				Se l'ex congiunto/a esercita un'attività indipendente, a quale cassa di compensazione è egli/ella affiliato/a				
Se egli/ella esercita un'attività indipendente, a quale cassa di compensazione è affiliato/a				Beneficia egli/ella degli assegni familiari per il/i figlio/figli summenzionato/i <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
Se si, da quale cassa per gli assegni :				Beneficia egli/ella degli assegni familiari per il/i figlio/figli summenzionato/i <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
Se si, da quale cassa per gli assegni :				Se si, da quale cassa per gli assegni :				

In caso di cumulo d'attività lucrative a tempo parziale, i redditi vengono sommati e il diritto è collegato al datore di lavoro che versa il salario più elevato.

F) ULTIMI ASSEGNI FAMILIARI PERCEPITI

Gli assegni sono stati versati a favore dei figli indicati al punto C) fino al : . .

a favore del/della richiedente congiunto/a

Da quale cassa per gli assegni familiari, datore di lavoro o cassa disoccupazione ha ricevuto gli assegni familiari ?

.....

G) COORDINATE BANCARIE O CCP DELLA PERSONA RICHIEDENTE

.....

.....

H) OSSERVAZIONI

.....

.....

**I firmatari della domanda s'impegnano ad avvisarci immediatamente ad ogni modifica della situazione familiare (cambiamento d'indirizzo, matrimonio, separazione di fatto o legale, nuova nascita, cambiamento dell'attività lucrativa, malattia, infortunio, ecc.).
In caso di modifica, il diritto dovrà essere riesaminato.**

In caso di mancata e tempestiva comunicazione, il beneficiario si vedrà reclamare personalmente il montante integrale degli assegni familiari indebitamente percepiti.

Dichiarazione di consenso

Con l'invio di questo documento confermo di dare il mio consenso al trattamento dei miei dati (raccolta, registrazione, utilizzo e conservazione) come pure alla loro trasmissione a terzi nel quadro del trattamento del mio dossier e/o secondo le disposizioni legali.

La nostra politica di protezione dei dati è disponibile sul nostro sito web : www.afbm.ch

Dichiarazione e firma obbligatoria, da parte del/della richiedente :

Il/La sottoscritto/a dichiara d'aver risposto in maniera completa e veritiera a tutte le domande.

Data : Firma :

Dichiarazione e firma obbligatoria, da parte del/della congiunto/a :

Il/La sottoscritto/a rinuncia alla presentazione di una domanda per gli assegni familiari presso un'altra cassa per gli assegni familiari o di disoccupazione, fatta salva quella per la richiesta di un'eventuale complemento differenziale intercantonale.

Data : Firma :

Certificazione e firma obbligatoria, da parte del datore di lavoro :

Il datore di lavoro certifica che il richiedente è suo dipendente dal . .

In qualità di : Luogo d'attività :
cantone

Salario sottoposto all'AVS orario : CHF , Tasso d'attività 100% parziale
mensile : CHF '
annuale : CHF '

Luogo e data : Timbro e firma :

Il datore di lavoro sopra indicato, certifica che le dichiarazioni del suo dipendente concordano con le informazioni in suo possesso.

Si impegna a comunicarci senza ritardo ogni modifica.

Il datore di lavoro non dovrebbe versare assegni familiari senza avere ricevuto un'autorizzazione valida dalla nostra Cassa.

Gli assegni versati indebitamente da quest'ultimo, non saranno rimborsati.

I documenti sotto indicati devono essere allegati alla domanda

Genitori sposati	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia del libretto di famiglia (tutte le pagine) ○ - Fotocopie del atto di matrimonio e del atto di nascita del/dei figlio/figli
Genitori celibi	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia dell'atto di nascita del/dei figlio/figli - Fotocopia del riconoscimento di paternità - Fotocopia del contratto di mantenimento
Genitori divorziate o separate	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia della sentenza di divorzio o convenzione di separazione facente menzione dell'affidamento e della patria potestà del/dei figlio/ figli. - Fotocopia del libretto di famiglia (tutte le pagine)
Persone di nazionalità straniera	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopie del atto di matrimonio e del atto di nascita del/dei figlio/figli - Fotocopie del permesso di soggiorno di tutta la famiglia
Per i figli che seguono una scuola di livello secondario di 2° grado, quali una scuola di commercio, una scuola per il conseguimento di un diploma o un liceo come pure per tutti i figli dai 16 ai 25 anni	Fotocopia del certificato di studi
Per i figli che frequentano un' apprendistato	Fotocopia del contratto d'apprendistato
Per i figli a carico dai 16 ai 20 anni incapaci d'esercitare un'attività a causa di una malattia, una infermità, ...	Fotocopia di un certificato medico che giustifichi l'incapacità a proseguire gli studi o un apprendistato o certificato della struttura in cui il figlio si trova ricoverato
Altre situazioni	Fotocopia della decisione o conteggio in caso di altre prestazioni ricevute (AI, AD, AINF, AM o Amat.), certificato d'attività indipendente

OSSERVAZIONI IMPORTANTI

La domanda per gli assegni familiari può essere presentata soltanto ad una cassa, eccetto quella per il complemento differenziale intercantonale.

Art. 7 LAFam Concorso di diritto

Quando diverse persone possono far valere un diritto agli assegni familiari per lo stesso figlio in virtù di una legislazione federale o cantonale, il diritto alle prestazioni è riconosciuto secondo il seguente ordine di priorità :

- a. alla persona che esercita un'attività lucrativa
- b. alla persona che detiene la patria potestà o che la deteneva fino alla maggiore età del figlio
- c. alla persona presso cui il figlio vive per la maggior parte del suo tempo o viveva fino alla maggiore età
- d. alla persona a cui è applicabile il regime degli assegni familiari del cantone di domicilio del figlio
- e. alla persona il cui reddito da lavoro dipendente sottoposto all'AVS è più elevato
- f. alla persona il cui reddito da lavoro autonomo sottoposto all'AVS è più elevato.

Senza gli allegati richiesti non è possibile validare la domanda.

In alcuni casi la Cassa è autorizzata a richiedere informazioni e/o documenti supplementari.