

Allegato alla "Richiesta assegni familiari"

Informazioni relative all'attuale Partner

| | | |
|---|---|--|
| Cognome | Nome | No. assicurato (No. AVS) |
| Data di nascita | Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna | Nazionalità |
| Stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> Sposato <input type="checkbox"/> separato <input type="checkbox"/> divorziato <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> partenariato registrato* <input type="checkbox"/> partenariato sciolto* | | dal (Data) |
| Indirizzo: Via / No. NAP / Luogo | | raggiungibile per (telefono, e-mail, etc.) |
| Percepisce prestazioni da AI, AD-, Ainf, IGMal, IMat <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: di che genere di prestazione si tratta e da chi? | | |
| Svolge un'attività lavorativa? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: Nome, indirizzo e No. telefono del datore di lavoro | | Cantone di lavoro Chi prevedibilmente ha il reddito maggiore? Richiedente <input type="checkbox"/> Attuale Partner <input type="checkbox"/> |
| È affiliato ad una cassa di compensazione come indipendente (IND) o come persona senza attività lucrativa (PSAL)? <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> PSAL Se sì: presso quale cassa di compensazione? | | |

* partenariato dello stesso sesso

Spiegazioni delle abbreviazioni

| | |
|-------|--|
| AI | Assicurazione Invalidità |
| AD | Assicurazione contro la disoccupazione |
| Ainf | Assicurazione indennità giornaliera contro gli infortuni |
| IGMal | Assicurazione indennità giornaliera in caso di malattia |
| IMat | Prestazioni di maternità |