

## Allegato alla "Richiesta assegni familiari per dipendenti"

### Informazioni relative all'attuale Partner o altro genitore (p.es. patrigno / matrigna)

Cognome		Nome		No. assicurato (No. AVS)
Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna		Nazionalità	Asilante <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Indirizzo: Via / No.		NAP / Luogo	Domiciliato dal	Raggiungibile per (telefono, e-mail, ecc.)
Stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> Sposato/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> partenariato registrato <input type="checkbox"/> partenariato sciolto				Da (Data)
Percepisce una prestazione dell'indennità di perdita di guadagno o assegni familiari (CH/UE/AELS)? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: di che genere di prestazione si tratta e da chi? <b>P.f. allegare l'attestazione dell'ufficio competente</b>				
Attività lucrativa <input type="checkbox"/> Rapporto lavorativo <input type="checkbox"/> Indipendente <input type="checkbox"/> Persona senza attività lucrativa con obbligo contributivo <input type="checkbox"/> Nessuna attività lucrativa				
Inizio dell'indicazione sopraccitata _____				
Se sussiste attività lucrativa: Nome, indirizzo e No. telefono del datore di lavoro risp. della cassa di compensazione			Cantone di lavoro	Chi ha prevedibilmente il reddito maggiore? Richiedente <input type="checkbox"/> Altro genitore <input type="checkbox"/>
				Reddito dell'altro genitore superiore a CHF 7'170.00 all'anno? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No