

Obbligo contributivo AVS

Annuncio persona senza attività lucrativa

Siete già iscritto/a presso un'altra cassa di compensazione (CC) quale persona senza attività lucrativa?

Se sì, CC: _____ dal: _____

(Per favore allegare copia della relativa decisione o di un conteggio – in questo caso il formulario non deve più essere compilato)

Dati personali

Cognome(i)	Numero d'assicurato
Nome(i)	Data di nascita
Sesso	Nazionalità
Stato civile <input type="radio"/> Celibe/Nubile <input type="radio"/> Sposato/a <input type="radio"/> legalmente Separato/a <input type="radio"/> Divorziato/a <input type="radio"/> Vedovo/a <input type="radio"/> Unione domestica registrata <input type="radio"/> Unione domestica registrata revocata	Lingua di corrispondenza <input type="radio"/> Tedesco <input type="radio"/> Francese <input checked="" type="radio"/> Italiano
dal (gg.mm.aaaa)	

Domicilio (fiscale)

Supplemento all'indirizzo (per es. 'all'attenzione di...')		Telefono
Via		Cellulare
Casella postale		Fax
NAP	Luogo	E-mail



Indirizzo per la corrispondenza (se differente dal domicilio)

Destinatario	
Supplemento all'indirizzo (per es. 'all'attenzione di')	Telefono
Via	Fax
Casella postale	Quali documenti desiderate ricevere a questo indirizzo? <input type="radio"/> Integralità dei documenti <input type="radio"/> Documento specifico
NAP	Luogo

Indirizzo per il pagamento (per tutte le restituzioni di contributi)

Numero IBAN (21 cifre)

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Se non in possesso del numero IBAN, vogliate compilare i seguenti punti:

Pagamento tramite <input type="radio"/> Banca <input type="radio"/> Conto postale	Conto postale
No. clearing/Banca	
Conto bancario	

Dati sull'attività lavorativa (richiedente)

Data di fine attività	Ultimo datore di lavoro
Ha un'attività indipendente? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	Cassa di compensazione competente
Quale reddito soggetto all'AVS ha avuto nell'anno di fine attività? (Salariati: allegare copia dei conteggi salari) (Indipendenti: allegare copia dell'ultima decisione dei contributi)	
Svolge ancora attualmente un'attività indipendente (p.es. accessoria)? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	Se sì, cassa di compensazione competente
Svolge ancora attualmente un'attività salariata (p. es. accessoria)? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	Se sì, datore di lavoro
In quale percentuale svolge la sua attività? <input type="radio"/> Tempo pieno <input type="radio"/> Tempo parziale _____ %	Reddito annuo presumibile ca.
Percepisce indennità di disoccupazione? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	Cassa di disoccupazione competente
Se sì, periodo (dal - al)	Ammontare dell'indennità AD annua? (allegare copia certificato)

Dati personali del partner

Cognome(i)	Numero d'assicurato
Nome(i)	Data di nascita
Sesso	Nazionalità
Lingua di corrispondenza <input type="radio"/> Tedesco <input type="radio"/> Francese <input type="radio"/> Italiano	

Domicilio (fiscale)

Supplemento all'indirizzo (per es. 'all'attenzione di...')		Telefono
Via	Cellulare	
Casella postale	Fax	
NAP	Luogo	E-mail

Indirizzo per la corrispondenza (se differente dal domicilio)

Destinatario		
Supplemento all'indirizzo (per es. 'all'attenzione di')		Telefono
Via	Fax	
Casella postale		
NAP	Luogo	

Indirizzo per il pagamento (per tutte le restituzioni di contributi)

Numero IBAN (21 cifre)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Se non in possesso del numero IBAN, vogliate compilare i seguenti punti:

Pagamento tramite <input type="radio"/> Banca <input type="radio"/> Conto postale	Conto postale
No. clearing/Banca	
Conto bancario	

Dati sull'attività lavorativa (partner)

Svolge un'attività salariata? <input type="radio"/> Sì, dal _____ <input type="radio"/> No, dal _____	Se sì, datore di lavoro
In quale percentuale svolge la sua attività? <input type="radio"/> Tempo pieno <input type="radio"/> Tempo parziale _____ %	
Svolge un'attività indipendente? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	Se sì, cassa di compensazione competente
Quale reddito soggetto all'AVS ha oppure ha avuto nell'anno di fine attività? (Salariati: allegare copia dei conteggi salari) (Indipendenti: allegare copia dell'ultima decisione dei contributi)	
Percepisce indennità di disoccupazione? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	Cassa di disoccupazione competente
Se sì, periodo (dal - al)	Ammontare dell'indennità AD annua? (allegare copia certificato)

Situazione finanziaria (Richiedente / Partner)

Riceve alcune prestazioni? <input type="radio"/> Beneficiario di prestazioni di previdenza <input type="radio"/> Prestazioni complementari (allegare copia decisione)

Reddito determinante

(copia della notifica di tassazione, se disponibile, altrimenti copia della dichiarazione fiscale)

Per favore dichiarare il **reddito globale netto** (in CH e all'estero) di entrambi i partner (prima della deduzione della quota esente).

Reddito netto secondo ultima dichiarazione fiscale	
Il suo reddito ha subito una variazione da questa tassazione? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	Se sì, di quanto in + o in -
Nel suo reddito sono compresi degli immobili o dei beni? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	

Per il calcolo contributivo dell'AVS (svizzera) non è determinante il valore fiscale dei mobili e degli immobili nei relativi cantoni ma il valore di ripartizione intercantonale, che varia da cantone a cantone. La cassa di compensazione considera provvisoriamente il valore di ripartizione in base alla documentazione sottoposta. Per la decisione definitiva sarà preso in considerazione il valore di ripartizione fiscale del cantone competente. I seguenti beni sono contenuti nel reddito netto:

	Immobile/ Bene No. 1	Immobile/ Bene No. 2	Immobile/ Bene No. 3
Valore fiscale cantonale / valore ufficiale / stima catastale (CHF)			
In quale Cantone si trova? (se non in Svizzera, indicare lo Stato)			

Reddito determinante proveniente da rendite

Devono essere dichiarate le entrate (**di entrambi i coniugi risp. partner**) dall'inizio del periodo contributivo quale persona senza attività lucrativa. Prestazioni pagate irregolarmente (p.es. sospensioni di pagamenti oppure cambiamenti dell'importo) sono da indicare separatamente.

Non fanno parte del reddito determinante proveniente da rendite:

- Sostanza
- Aiuti sociali e prestazioni della previdenza
- Indennità giornaliera dell'assicurazione disoccupazione
- Prestazioni dell'AI e IPG come pure le prestazioni complementari all'AVS e all'AI
- Indennità di mantenimento familiare e di sostegno, non relative a decisione di divorzio

	Periodo dal - al	Richiedente CHF al mese	Partner CHF al mese
Percepisce una rendita dell'AVS (esclusa rendita dell'invalidità)? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No			
Riceve una pensione/rendita da una cassa pensione, istituto, gruppo o singola assicurazione? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No			
Riceve una prestazione ponte fino al momento del pensionamento ordinario dell'AVS o della decisione di rendita AI? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No			
Riceve una rendita da un'assicurazione infortuni? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No			
Riceve una rendita dall'estero? (indicare la valuta) <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No			
Riceve delle indennità giornaliere da una cassa malati e/o da una assicurazione contro gli infortuni? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No			
Riceve degli alimenti? (senza indennità per figli) <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No			
Riceve una rendita dall'assicurazione militare? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No			
Riceve una prestazione per danni fisici e beneficia di ulteriori prestazioni o accordi analoghi? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No			
Valore locativo dell'abitazione affittata? (senza il valore locativo del proprio appartamento)			
Riceve altre prestazioni? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No			

Documentazione necessaria

Devono essere allegati i seguenti documenti:

- copia decisione fiscale (se non disponibile: dichiarazione fiscale)
- copia conteggi stipendi
- copia decisione dei contributi
- copia decisione delle prestazioni della cassa pensione

Osservazioni

Conferma

Il questionario è stato compilato in modo completo e veritiero.

Luogo e data	Firma del richiedente
Luogo e data	Firma del partner