

Allegato alla "Richiesta assegni familiari"

Informazioni relative all'attuale Partner

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