

## Allegato/supplemento alla «Richiesta assegni familiari per i dipendenti e gli indipendenti»

### Informazioni relative all'attuale Partner

Cognome	Nome	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"/> partenariato registrato <input type="checkbox"/> partenariato sciolto	Da (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? Se sì: Nome, indirizzo e No. telefono del datore di lavoro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Cantone di lavoro
.....	.....	.....
È affiliato ad una Cassa di compensazione come indipendente (IND) o come persona senza attività lucrativa (PSAL)? Se sì: a quale Cassa di compensazione?		<input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> PSAL
.....		Chi consegue prevedibilmente il salario annuo più elevato? <input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Attuale Partner

### ★ 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	Indennità di maternità