



## Allegato alla "Richiesta assegni familiari per i dipendenti"

### Altro genitore in causa

Cognome		Nome		Numero d'assicurato 756.	
Data di nascita	Sesso maschile      femminile		Nazionalità		
Stato civile celibe/nubile    coniugato(a)    separato(a)    divorziato(a)    vedovo(a) partenariato registrato    partenariato registrato sciolto				dal (data)	
Indirizzo: via / numero		NAP / Luogo		raggiungibile per (telefono o e-mail)	
Perc. di una prestazione* dall'AI, AD, AINF, IGMal, IMat?    si    no Se si: quale prestazione è versata da quale ufficio? <b>Allegare le prove pf.</b>					
Svolge un'attività lavorativa dipendente? Salario annuo soggetto all'AVS sup. al minimo? Se si: nome, indirizzo e telefono del datore di lavoro			si    no si    no		Cantone di lavoro
					Il reddito annuo presumibile sarà superiore a quello del richiedente?  si    no
Svolge un'attività lavorativa indipendente?			si    no		Se si: affiliato presso quale cassa di compensazione?
È affiliato come persona senza attività lucrativa?			si    no		Se si: affiliato presso quale cassa di compensazione?

\* 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  
sm = salario mensile, so = salario ad ora