



Caisses d'allocations familiales  
 Casse degli assegni familiari  
**MEROBA – CAFAB - SPIDA – PROMEA**

Rue de la Dixence 20  
 Casella postale  
 1951 Sion

Tel. 027/327.51.11

Email : [af@bureaudesmetiers.ch](mailto:af@bureaudesmetiers.ch)  
 Sito Internet : [www.afbm.ch](http://www.afbm.ch)

Datore di lavoro: .....

.....

.....

No impresa

Cantone (se succursale fuori dal cantone Vallese)

## DOMANDA PER ASSEGNI FAMILIARI

Da completare **principalmente** dalla persona che esercita la sua attività lucrativa nel cantone di domicilio della famiglia e che realizza il salario più elevato.

### A) RICHIEDENTE

AVS :

Cognome e nome .....  
secondo il permesso di soggiorno (per le donne, indicare anche il cognome da nubile)

Data di nascita :  .  .  Sesso :  maschile  femminile Nazionalità : ..... Permessi : .....  
giorno mese anno B/C/G/L/N/F

Indirizzo : ..... Tel. : .....  
via/numero  
 ..... Email : .....  
CAP località

Stato civile  celibe/nubile  sposato(a) dal .....  vedovo(a) dal .....  divorziato(a) dal .....  
 risposato(a) dal .....  separato(a) dal .....  partenariato dal .....

### B) SITUAZIONE DEL/DELLA RICHIEDENTE

Attività precedente ..... fino al :

Datore di lavoro principale .....  
 Indirizzo .....  
via/numero  
 .....  
CAP località

Luogo d'attività .....

Altro datore di lavoro ..... dal :   
 Salario sottoposto all'AVS  
 Indirizzo ..... mensile : fr.   
via/numero o annuale : fr.   
  
CAP località

Luogo d'attività .....

Una prestazione dell'AI, AD, AINF, AM o Amat è percepita  sì  no  
Abbreviazioni: assicurazione-invalidità (AI), assicurazione-disoccupazione (AD), assicurazione infortuni (AINF), assicurazione-maternità (Amat)

Se sì, quale prestazione e da quale ufficio o cassa viene versata : .....

**In caso di cumulo d'attività lucrative a tempo parziale, i redditi vengono sommati e il diritto è collegato al datore di lavoro che versa il salario più elevato.**

<b>C) FIGLI A CARICO DEL/DELLA RICHIEDENTE</b> (Figli propri o adottivi, d'una precedente unione, bambini affidati, mantenuti e educati gratuitamente, fratelli o sorelle o nipoti.)				Legame di parentela				
				dell'attuale matrimonio	del precedente matrimonio	del/della congiunto/a	fuori matrimonio	affidato / adottato
Cognome, nome / ...	Data di nascita	Indirizzo dove vive principalmente il figlio	Reddito					
Cognome/nome : .....		.....	Fr. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° AVS : <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"/>		.....	Fr. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cognome/nome : .....		.....	Fr. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° AVS : <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"/>		.....	Fr. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cognome/nome : .....		.....	Fr. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° AVS : <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"/>		.....	Fr. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D) SITUAZIONE DEL/DELLA CONGIUNTO/A</b>				<b>E) DELL'EX CONGIUNTO/A O DELL'ALTRO GENITORE</b>				
<b>AVS</b> : <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"/>				<b>AVS</b> : <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"/>				
Cognome e nome ..... <small>secondo il permesso di soggiorno (per le donne indicare anche il nome da nubile)</small>				Cognome e nome ..... <small>secondo il permesso di soggiorno (per le donne indicare anche il nome da nubile)</small>				
<b>Data di nascita</b> : <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>giorno mese anno</small>				<b>Data di nascita</b> : <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>giorno mese anno</small>				
<b>Nazionalità</b> : ..... <b>Permesso</b> : ..... <small>B/C/G/L/N/F</small>				<b>Nazionalità</b> : ..... <b>Permesso</b> : ..... <small>B/C/G/L/N/F</small>				
<b>Domiciliato/a</b> allo stesso indirizzo del richiedente : <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <small>Se no, indicare l'indirizzo qui di seguito</small>				<b>Stato civile</b> : .....				
<b>Indirizzo</b> : ..... <small>via/numero</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>CAP/località</small>				<b>Indirizzo</b> : ..... <small>via/numero</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>CAP/località</small>				
È egli/ella <input type="checkbox"/> salariato/a <input type="checkbox"/> indipendente <input type="checkbox"/> in disoccupazione <input type="checkbox"/> pensionato/a <input type="checkbox"/> malattia/infortunio <input type="checkbox"/> senza attività lucrativa				È egli/ella <input type="checkbox"/> salariato/a <input type="checkbox"/> indipendente <input type="checkbox"/> in disoccupazione <input type="checkbox"/> pensionato/a <input type="checkbox"/> malattia/infortunio <input type="checkbox"/> senza attività lucrativa				
Se salariato/a, indicare cognome e indirizzo del/dei datori di lavoro qui di seguito				Se salariato/a, indicare cognome e indirizzo del/dei datori di lavoro qui di seguito				
<b>Cognome</b> : .....				<b>Cognome</b> : .....				
<b>Indirizzo</b> : ..... <small>via/numero</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>CAP/località</small>				<b>Indirizzo</b> : ..... <small>via/numero</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>CAP/località</small>				
<b>Cognome</b> : .....				<b>Cognome</b> : .....				
<b>Indirizzo</b> : ..... <small>via/numero</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>CAP/località</small>				<b>Indirizzo</b> : ..... <small>via/numero</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <small>CAP/località</small>				
<b>Totale</b> dei salari sottoposti all'AVS mensile : fr. <input type="text"/> <input type="text"/> ' <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> o annuale : fr. <input type="text"/> <input type="text"/> ' <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<b>Totale</b> dei salari sottoposti all'AVS superiori a fr. 612.- al mese o a fr. 7'344.- all'anno <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non				
<b>Indirizzo del posto di lavoro</b> : .....				Se l'ex congiunto/a esercita un'attività indipendente, a quale cassa di compensazione è egli/ella affiliato/a .....				
Se egli/ella esercita un'attività indipendente, a quale cassa di compensazione è affiliato/a .....				Se l'ex congiunto/a esercita un'attività indipendente, a quale cassa di compensazione è egli/ella affiliato/a .....				
<b>Beneficia</b> egli/ella degli assegni familiari per il/i figlio/figli summenzionato/i <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				<b>Beneficia</b> egli/ella degli assegni familiari per il/i figlio/figli summenzionato/i <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
<b>Se si, da quale cassa per gli assegni</b> : .....				<b>Se si, da quale cassa per gli assegni</b> : .....				
<b>In caso di cumulo d'attività lucrative a tempo parziale, i redditi vengono sommati e il diritto è collegato al datore di lavoro che versa il salario più elevato.</b>								

**F) ULTIMI ASSEGNI FAMILIARI PERCEPITI**

Gli assegni sono stati versati a favore dei figli indicati al punto C) fino al :   .   .

a favore del/della  richiedente  congiunto/a  .....

Da quale cassa per gli assegni familiari, datore di lavoro o cassa disoccupazione ha ricevuto gli assegni familiari ?

.....

**G) COORDINATE BANCARIE O CCP DELLA PERSONA RICHIEDENTE**

.....

.....

**H) OSSERVAZIONI**

.....

.....

**I firmatari della domanda s'impegnano ad avvisarci immediatamente ad ogni modifica della situazione familiare (cambiamento d'indirizzo, matrimonio, separazione di fatto o legale, nuova nascita, cambiamento dell'attività lucrativa, malattia, infortunio, ecc.).**  
**In caso di modifica, il diritto dovrà essere riesaminato.**

**In caso di mancata e tempestiva comunicazione, il beneficiario si vedrà reclamare personalmente il montante integrale degli assegni familiari indebitamente percepiti.**

**Dichiarazione e firma obbligatoria, da parte del/della richiedente :**

Il/La sottoscritto/a dichiara d'aver risposto in maniera completa e veritiera a tutte le domande.

Data : ..... Firma : .....

**Dichiarazione e firma obbligatoria, da parte del/della congiunto/a :**

Il/La sottoscritto/a rinuncia alla presentazione di una domanda per gli assegni familiari presso un'altra cassa per gli assegni familiari o di disoccupazione, fatta salva quella per la richiesta di un'eventuale complemento differenziale intercantonale.

Data : ..... Firma : .....

**Certificazione e firma obbligatoria, da parte del datore di lavoro :**

Il datore di lavoro certifica che il richiedente è suo dipendente dal   .   .

In qualità di : ..... Luogo d'attività : .....  
cantone

Salario sottoposto all'AVS mensile : fr.   '     Tasso d'attività  100%  parziale  
 o annuale : fr.    '

Luogo e data : ..... Timbro e firma : .....

**Il datore di lavoro sopra indicato, certifica che le dichiarazioni del suo dipendente concordano con le informazioni in suo possesso.**

**Si impegna a comunicarci senza ritardo ogni modifica.**

**Il datore di lavoro non dovrebbe versare assegni familiari senza avere ricevuto un'autorizzazione valida dalla nostra Cassa.**

**Gli assegni versati indebitamente da quest'ultimo, non saranno rimborsati.**

## I documenti sotto indicati devono essere allegati alla domanda

<b>Persone sposate</b>	Fotocopia del libretto di famiglia (genitori e nascite) o atto di nascita del/dei figlio/figli e atto di matrimonio
<b>Persone celibi</b>	Fotocopia dell'atto di nascita del/dei figlio/figli, riconoscimento di paternità, contratto di mantenimento
<b>Persone divorziate o separate</b>	Fotocopia della sentenza di divorzio o convenzione di separazione facente menzione dell'affidamento e della patria potestà del/dei figlio/ figli.
<b>Persone di nazionalità straniera</b>	Genitori : libretto per stranieri (permesso di soggiorno) e atto di matrimonio Figli : libretto per stranieri (permesso di soggiorno) e atto di nascita
<b>Per i figli che frequentano un' apprendistato o che seguono una scuola di livello secondario di 2° grado, quali una scuola di commercio, una scuola per il conseguimento di un diploma o un liceo come pure per tutti i figli dai 16 ai 25 anni</b>	Fotocopia del certificato di studi o del contratto d'apprendistato
<b>Per i figli a carico dai 16 ai 20 anni incapaci d'esercitare un'attività a causa di una malattia, una infermità, ...</b>	Fotocopia di un certificato medico che giustifichi l'incapacità a proseguire gli studi o un apprendistato o certificato della struttura in cui il figlio si trova ricoverato
<b>In tutti i casi</b>	Attestato di cancellazione dall'ultima Cassa che ha versato gli assegni familiari per l'ultima volta
<b>Altre situazioni</b>	Fotocopia della decisione o conteggio in caso di altre prestazioni ricevute (AI, AD, AINF, AM o Amat.), certificato d'attività indipendente

### OSSERVAZIONI IMPORTANTI

La domanda per gli assegni familiari può essere presentata soltanto ad una cassa, eccetto quella per il complemento differenziale intercantonale.

#### Art. 7 LAFam Concorso di diritto

Quando diverse persone possono far valere un diritto agli assegni familiari per lo stesso figlio in virtù di una legislazione federale o cantonale, il diritto alle prestazioni è riconosciuto secondo il seguente ordine di priorità :

- a. alla persona che esercita un'attività lucrativa
- b. alla persona che detiene la patria potestà o che la deteneva fino alla maggiore età del figlio
- c. alla persona presso cui il figlio vive per la maggior parte del suo tempo o viveva fino alla maggiore età
- d. alla persona a cui è applicabile il regime degli assegni familiari del cantone di domicilio del figlio
- e. alla persona il cui reddito sottoposto all'AVS è più elevato

**Senza gli allegati richiesti non è possibile validare la domanda.**

*In alcuni casi la Cassa è autorizzata a richiedere informazioni e/o documenti supplementari.*