

Richiesta d'indennità di assistenza



1. Dati personali del/della richiedente

1.1 Cognome

indicare anche quello da celibe/nubile

1.2 Tutti i nomi

nome usuale in maiuscolo

1.3 Data di nascita

gg, mm, aaaa

1.4 Numero AVS

13 cifre, trascrizione senza punti né spazi.
Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

1.5 Indirizzo

Via, Numero

NPA, Località

Telefono / Cellulare

E-mail

1.6 L'assicurato/a è soggetto/a a curatela?

sì no

Se sì, indicare nome e indirizzo del curatore

Indirizzo completo con via, NPA, località

Sede dell'autorità di protezione degli adulti

Indirizzo completo con via, NPA, località

Allegato: Copia della risoluzione di curatela e una descrizione degli obblighi e dei compiti

2. Dati personali del/la figlio/a

2.1 Cognome

2.2 Tutti i nomi

nome usuale in maiuscolo

2.3 Data di nascita

gg, mm, aaaa

2.4 Numero AVS

13 cifre, trascrizione senza punti né spazi.
Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

Statuto

figlio proprio figlio del coniuge affiliato

Allegato per i genitori affilianti: autorizzazione del rapporto di affiliazione

Allegati per le matrigne e i patrigni:

- documenti dai quali risulti che il genitore affiliante vive nella stessa economia domestica del genitore biologico (p. es. certificato di domicilio, contratto di locazione ecc.),
- che il genitore biologico che vive nella stessa economia domestica della matrigna o del patrigno detiene l'autorità parentale (esclusiva o congiunta) e la custodia del figlio,
- e che un genitore ha rinunciato completamente al suo diritto al congedo di assistenza.

2.5 Indirizzo

Via, Numero

NPA, Località

3. Dati personali del secondo avente diritto

3.1 Cognome

indicare anche quello da celibe/nubile

3.2 Tutti i nomi

nome usuale in maiuscolo

3.3 Data di nascita

gg, mm, aaaa

3.4 Numero AVS

13 cifre, trascrizione senza punti né spazi.

Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

3.5 Indirizzo

Via, Numero

NPA, Località

Telefono / Cellulare

E-mail

4. Indicazioni sulla ripartizione del congedo di assistenza

Come prevede di ripartire il congedo di assistenza (al massimo 70 giorni lavorativi o 98 indennità giornaliere) con l'altro genitore avente diritto?

Richiedente

Secondo avente diritto

La ripartizione può essere adeguata in un secondo tempo. Se non si giunge a un accordo, a ogni genitore vengono assegnate 49 indennità giornaliere.

5. Indicazioni sull'attività lavorativa prima dell'interruzione

Indicare **tutti** datori di lavoro. Gli eventuali fogli complementari (modulo 318.745) vanno inoltrati insieme alla presente richiesta d'indennità di assistenza a **un'unica cassa di compensazione**. L'indennità di assistenza non può essere richiesta più volte.

5.1 Al momento esercita un'attività lucrativa

salariata/o

Nome e indirizzo di **tutti** i datori di lavoro:

Far compilare la **punto 6** di questo modulo

Allegato: Modulo 318.745

Allegato: Modulo 318.745

Da indipendente?

Inoltre la richiesta alla cassa di compensazione con la quale vengono conteggiati i contributi AVS per indipendente.

Allegato: Copia della decisione relativa ai contributi della cassa di compensazione

5.2 Non può lavorare, interamente o parzialmente, a causa di una malattia o di un infortunio?

sì no

infortunio

malattia

Percepisce o ha percepito un'indennità giornaliera in caso di malattia o d'infortunio?

sì no

secondo la LAMal (legge federale)?

secondo la LCA (legge sul contratto d'assicurazione /indennità giornaliera del datore di lavoro)?

Allegato: Copia del conteggio dall'inizio dell'incapacità al lavoro

5.3 Era/È disoccupato/a?

sì no

dal

gg, mm, aaaa

al

gg, mm, aaaa

Percepisce o ha percepito un'indennità di disoccupazione?

sì no

Allegato: Copia dei conteggi delle indennità di disoccupazione

Ha fruito di un congedo di assistenza durante la riscossione di un'indennità giornaliera di disoccupazione?

sì no

6. Dati sul salario

Si prega di indicare l'ultimo salario soggetto all'AVS versato alla dipendente.

Si tratta di un reddito regolare?

sì
 no

Domande **a) - e)** e **g) - l)**

Tabella **f)** e domande **g) - l)**

Domande a) - e)

a) Ultimo salario mensile soggetto all'AVS

CHF

x12 x13

b) Salario orario (parte del salario senza la 13^a mensilità e le indennità per i giorni di vacanza e per quelli festivi)

CHF

Ore di lavoro / settimana

c) Altre modalità di remunerazione: salario delle ultime 4 settimane soggetto all'AVS

CHF

Ora Mese 4 settimane Anno

d) Salario in natura (vitto ealloggio) o salario complessivo (per i familiari che collaborano nell'azienda)

CHF

e) Altre retribuzioni (gratificazioni, provvigioni, mance, parte del salario orario per la 13^a mensilità ecc.)

Ora Mese 4 settimane Anno

CHF

Tabella f)

f) In caso di variazioni salariali

Salario soggetto all'AVS dei 12 mesi precedenti l'interruzione dell'attività lucrativa (senza le indennità giornaliere dell'AINF o dell'AMal)

Anno	Anno
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gennaio	<input type="text"/>
Febbraio	<input type="text"/>
Marzo	<input type="text"/>
Aprile	<input type="text"/>
Maggio	<input type="text"/>
Giugno	<input type="text"/>
Luglio	<input type="text"/>
Agosto	<input type="text"/>
Settembre	<input type="text"/>
Ottobre	<input type="text"/>
Novembre	<input type="text"/>
Dicembre	<input type="text"/>

Assenze a causa di malattia o di infortunio con conseguente riduzione del salario

(si prega d'indicare: M = malattia / I = infortunio)

dal	al	<input type="text"/>
dal	al	<input type="text"/>
dal	al	<input type="text"/>
dal	al	<input type="text"/>
dal	al	<input type="text"/>
dal	al	<input type="text"/>
dal	al	<input type="text"/>
dal	al	<input type="text"/>
dal	al	<input type="text"/>
dal	al	<input type="text"/>
dal	al	<input type="text"/>
dal	al	<input type="text"/>

Allegato: Copia del registro dei salari

Domande g) - l)

g) Durata del rapporto di lavoro dal al
gg, mm, aaaa gg, mm, aaaa

h) Si tratta di un guadagno intermedio durante la riscossione di un' indennità giornaliera di disoccupazione? sì no

i) Per i giorni di congedo presi il datore di lavoro ha continuato a versare il salario? sì no %

j) Il/La salariato/a è soggetto/a all'imposta alla fonte? sì no

k) Al/Alla salariato/a è stata versata un'indennità giornaliera dell'assicurazione malattie o dell'assicurazione contro gli infortuni? sì no

- secondo la LAMal (legge federale)?
- secondo la LCA (legge sul contratto d'assicurazione)?

Nome dell'assicuratore:

l) Dati del datore di lavoro

Nome

Numero di conteggio

Persona di contatto

Telefono

E-mail

In quale Cantone è impiegato/a il/la salariato/a?

7. Indicazioni sui giorni di congedo presi

Data del primo giorno di congedo

Mese per il quale è presentata la richiesta

1a settimana del mese per il quale è presentata la richiesta

Giorni di congedo presi

Giorni

Grado d'occupazione in %

Numero di giorni lavorativi alla settimana in caso di attività a tempo pieno

Giorni

Numero di giorni lavorativi normali alla settimana in caso di attività a tempo parziale

Giorni

Settimana lavorativa intera

dal

gg, mm, aaaa

al

gg, mm, aaaa

Giorni singoli

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

2a settimana del mese per il quale è presentata la richiesta

Giorni di congedo presi

Giorni

Grado d'occupazione in %

%

Numero di giorni lavorativi alla settimana in caso di attività a tempo pieno

Giorni

Numero di giorni lavorativi normali alla settimana in caso di attività a tempo parziale

Giorni

Settimana lavorativa intera

dal

gg, mm, aaaa

al

gg, mm, aaaa

Giorni singoli

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

3a settimana del mese per il quale è presentata la richiesta

Giorni di congedo presi

Giorni

Grado d'occupazione in %

%

Numero di giorni lavorativi alla settimana in caso di attività a tempo pieno

Giorni

Numero di giorni lavorativi normali alla settimana in caso di attività a tempo parziale

Giorni

Settimana lavorativa intera

dal

gg, mm, aaaa

al

gg, mm, aaaa

Giorni singoli

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

4a settimana del mese per il quale è presentata la richiesta

Giorni di congedo presi

Giorni

Grado d'occupazione in %

%

Numero di giorni lavorativi alla settimana in caso di attività a tempo pieno

Giorni

Numero di giorni lavorativi normali alla settimana in caso di attività a tempo parziale

Giorni

Settimana lavorativa intera

dal

gg, mm, aaaa

al

gg, mm, aaaa

Giorni singoli

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

5a settimana del mese per il quale è presentata la richiesta

Giorni di congedo presi

Giorni

Grado d'occupazione in %

%

Numero di giorni lavorativi alla settimana in caso di attività a tempo pieno

Giorni

Numero di giorni lavorativi normali alla settimana in caso di attività a tempo parziale

Giorni

Settimana lavorativa intera

dal

gg, mm, aaaa

al

gg, mm, aaaa

Giorni singoli

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

Giorno di congedo

gg, mm, aaaa

8. Modalità di versamento

L'indennità di assistenza va versata:

- al datore di lavoro (tramite versamento o accredito sul prossimo conteggio dei contributi)
- direttamente al/alla richiedente sul seguente conto bancario o postale

Titolare del conto

Nome e indirizzo della banca / posta

Indirizzo completo con via, NPA, località

IBAN

Le richieste di versamento dell'indennità di assistenza a un terzo o a un'autorità, debitamente motivate, devono essere inoltrate compilando il modulo 318.182 che può essere richiesto alla cassa di compensazione o scaricato dal sito internet: www.ahv-iv.info

Osservazioni

Informazioni importanti e firma

Firmando questo modulo, la persona assicurata o il suo rappresentante legale autorizza la cassa di compensazione a prendere contatto con dei terzi col fine di ottenere le informazioni necessarie per il trattamento della sua richiesta.

Le persone sottoscrittrici dichiarano d'aver preso conoscenza delle disposizioni summenzionate e confermano la veridicità dei dati forniti.

Luogo e data

Firma del/della richiedente o del/della suo/a rappresentante

Luogo e data

Firma e timbro del datore di lavoro

Per favore non aggraffare i vostri documenti.

Allegati:

- Copia dei documenti d'identità con i dati personali di tutte le persone citate nella richiesta (p. es. libretto di famiglia, permesso di domicilio o di dimora, certificato di domicilio, ricevuta di deposito dell'atto d'origine, passaporto, carta d'identità, carta di soggiorno)
- Copia dei conteggi AD
- Richiesta di versamento dell'indennità di maternità a terzi (modulo 318.182)
- Copia dei conteggi delle indennità giornaliere in caso d'infortunio o di malattia dall'inizio dell'incapacità al lavoro
- Allegato per i genitori affiliati: autorizzazione del rapporto di affiliazione
- Allegati per le matrigne e i patrigni:
documenti dai quali risulti che il genitore affiliante vive nella stessa economia domestica del genitore biologico (p. es. certificato di domicilio, contratto di locazione ecc.),
che il genitore biologico che vive nella stessa economia domestica della matrigna o del patrigno detiene l'autorità parentale (esclusiva o congiunta) e la custodia del figlio,
e che un genitore ha rinunciato completamente al suo diritto al congedo di assistenza.
- Foglio complementare alla richiesta d'indennità di assistenza

9. Certificato medico secondo l'articolo 16o LIPG

Una disabilità o un'infermità congenita non costituisce di per sé un grave problema di salute ai sensi della legge. Non sussiste pertanto alcun diritto all'indennità di assistenza, se lo stato di salute del figlio disabile è stabile. I genitori di un figlio disabile vi hanno quindi diritto soltanto se il suo stato di salute peggiora notevolmente, ossia i criteri menzionate di seguito sono adempiute.

Lievi malattie o postumi di infortuni o problemi di grado medio possono richiedere ricoveri ospedalieri o visite mediche regolari e rendere difficile la vita quotidiana. Tuttavia, in questi casi (p. es. fratture ossee, diabete, polmonite) ci si può attendere un esito favorevole oppure che il problema di salute sia tenuto sotto controllo, motivo per cui non vi è alcun diritto al congedo di assistenza.

Medico curante

Cognome

Nome

Indirizzo

Telefono / Cellulare

E-mail

Cognome e nome del/della bambino/a

Confermo che il bambino ha un grave problema di salute ai sensi dell'art. 16o, lettere da a a d, LAPG e che tutti i seguenti criteri sono cumulativamente soddisfatti.

- si è verificato un cambiamento radicale dello stato di salute fisica o psichica
- il decorso o l'esito di questo cambiamento è difficilmente prevedibile oppure va considerata l'eventualità di un danno permanente o crescente oppure del decesso
- sussiste un bisogno particolarmente elevato di assistenza da parte dei genitori
- almeno un genitore deve interrompere l'attività lucrativa per assistere il figlio

I criteri devono essere soddisfatti cumulativamente.

Luogo e data

Firma e timbro del medico