

# Foglio complementare alla richiesta d'iscrizione di accrediti per compiti assistenziali



## 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 d'assicurato

13 cifre, trascrizione senza punti né spazi.

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

### 1.5 Sesso

maschile  femminile

### 1.6 Indirizzo

Via, Numero

NPA, Località

Telefono / Cellulare

E-mail

### 1.7 Nazionalità

Nazionalità

Nazionalità svizzera dal:

Comune d'attinenza / Cantone

## 2. Dati personali del / della coniuge o del / della partner registrato/a dell'assicurato/a

### 2.1 Cognome

indicare anche quello da celibe / nubile

### 2.2 Tutti i nomi

nome usuale in maiuscolo

### 2.3 Data di nascita

gg, mm, aaaa

### 2.4 Numero d'assicurato

13 cifre, trascrizione senza punti né spazi.

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

### 2.5 Sesso

maschile  femminile

### 3. Figli

---

#### 3.1 Ha figli di età inferiore ai 16 anni?

sì  no

#### 3.2 Data di nascita del figlio più giovane?

gg, mm, aaaa

#### Indicazione:

I figli adottivi e i figli del / della coniuge sono equiparati ai figli propri.

Per i figli di età inferiore ai 16 anni non vi è diritto a un accredito per compiti assistenziali, poiché vengono già concessi accrediti per compiti educativi.

### 4. Dati sull'attività lavorativa

---

#### 4.1 Esercita un'attività lavorativa?

Salariato/a  Indipendente  Sono senza attività lavorativa

Indichi **tutti** i datori di lavoro (con nome della ditta e indirizzo).

Nome

Indirizzo

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

#### 4.2 Il/La Suo/a coniuge / partner registrato/a esercita un'attività lavorativa?

Salariato/a  Indipendente  E senza attività lavorativa

Indichi **tutti** i datori di lavoro (con nome della ditta e indirizzo).

Nome

Indirizzo

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

### 5. Dati personali della persona bisognosa di cure

---

#### 5.1 Cognome

indicare anche quello da celibe / nubile

#### 5.2 Tutti i nomi

nome usuale in maiuscolo

#### 5.3 Data di nascita

gg, mm, aaaa

#### 5.4 Numero d'assicurato

13 cifre, trascrizione senza punti né spazi.

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

#### 5.5 Sesso

maschile  femminile

## 5.6 Indirizzo

Via, Numero

NPA, Località

Telefono

E-mail

## 5.7 Nazionalità

Nazionalità svizzera dal:

Comune d'attinenza / Cantone

## 6. Grado di parentela

### 6.1 Qual è il grado di parentela tra Lei e la persona bisognosa di cure?

Genitore

Coniuge

Figlio / figliastro

Fratello o sorella

Altro (Si prega di aggiungere)

Si prega di aggiungere

## 7. Durata del rapporto di assistenza

### 7.1 Quanto è durato il rapporto di assistenza nell'anno civile precedente l'inoltro della presente richiesta?

(Questo dato è determinante per calcolare il diritto del/dei richiedente/i)

dal

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

### 7.2 Per quanti giorni, nel corso del periodo indicato al punto 7.1, Lei ha prestato assistenza alla persona bisognosa di cure?

### 7.3 Nell'anno civile precedente l'inoltro della presente richiesta la persona bisognosa di cure è stata ricoverata in un istituto, in un ospedale o in una casa di cura?

sì  no

Se sì:

dal

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

## 8. Facile raggiungibilità

---

8.1 La persona che presta assistenza vive a meno di 30 chilometri dal domicilio della persona bisognosa di cure?

sì  no

8.2 La persona che presta assistenza può raggiungere entro un'ora la persona bisognosa di cure?

sì  no

8.3 Osservazioni

## 9. Indicazioni importanti e firma

---

I sottoscritti confermano di aver risposto a tutte le domande in modo completo e veritiero.

Luogo e data

Firma del/della richiedente o del suo rappresentante legale

Indirizzo del rappresentante legale

Luogo e data

Firma della persona bisognosa di cure o del suo rappresentante legale

Indirizzo del rappresentante legale

**Per favore non aggraffare i vostri documenti**

**Allegati:**

- Procura/e conferita/e al/ai rappresentante/i legale/i (originale)
- Copia dei documenti d'identità con i dati personali di tutte le persone indicate nella richiesta (p. es. libretto di famiglia, atto d'origine, permesso di domicilio o di dimora, certificato di domicilio, ricevuta di deposito dell'atto d'origine, passaporto, carta d'identità, permesso di soggiorno)