

Modulo per la domanda di prestazioni complementari per vedove, vedovi e orfani *



Salvo indicazioni contrarie, i dati si riferiscono alla richiedente/al richiedente

Dati personali

Cognome e cognome da nubile	<input type="text"/>	N. AVS	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Via/n°	<input type="text"/>	Data del matrimonio	<input type="text"/>
NPA/luogo	<input type="text"/>	Professione	<input type="text"/>
Telefono privato	<input type="text"/>	Attività lavorativa in %	<input type="text"/>
Cellulare	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

Per stranieri

Nazionalità	<input type="text"/>	Domicilio in Svizzera dal	<input type="text"/>
Permesso di soggiorno	<input type="text"/>	(allegare una copia dell'attestato)	

Figli

Cognome/nome	Data di nascita	Formazione	Orfano (di un genitore)	Vive in famiglia
1° figlio/-a <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
2° figlio/-a <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
3° figlio/-a <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
4° figlio/-a <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Per gli orfani tra i 18 e 25 anni che si trovano in formazione, è necessario allegare il contratto di tirocinio o la conferma della scuola, sui quali deve figurare la durata prevista della formazione.

La persona/le persone sopraelencata/-e ha/hanno un:

tutore Sì No curatore Sì No

In caso di risposta affermativa, vogliate indicare l'indirizzo del tutore/curatore

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

Dati personali della persona defunta

Cognome/nome	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Causa del decesso	<input type="text"/>	Data del decesso	<input type="text"/>

Entrate fisse		annuale	mensile
Reddito	Salario netto (allegare una copia del certificato di salario)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lavoratore autonomo	Reddito netto (allegare una copia della dichiarazione fiscale)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aziende agricole	Reddito dall'attività agricola (allegare ultima dichiarazione fiscale) Compreso reddito complementare (senza deduzione degli interessi e dell'ammortamento)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reddito da sostanza, subaffitti e affitti		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Guadagno dei figli	Salario netto (allegare una copia del contratto di tirocinio/dello stage)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rendita AVS / AI (allegare una copia della decisione)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rendita o pensione (allegare una copia della decisione)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prestazioni complementari cantonali (allegare una copia della decisione e del conteggio)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assegni per i figli o assegni familiari, se non già inclusi nel salario netto (allegare una copia della decisione)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alimenti		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riduzione cantonale dei premi assicurazione malattia (allegare una copia della decisione)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Borse di studio (allegare una copia della decisione)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sostegno dell'assistenza sociale (allegare una copia della decisione) fisso <input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Spese fisse		mensile
Locazione, affitto, interessi ipotecari (riscaldamento e ammortamento compresi) (allegare una copia del contratto di locazione, dell'ultimo aggiornamento del canone o un'attestazione di pagamento)		<input type="text"/>
Premi cassa malati, assicurazione obbligatoria, infortunio compreso (allegare una copia della polizza)		<input type="text"/>
Scuola e formazione di base dei figli (allegare una conferma della scuola / il contratto di tirocinio)		<input type="text"/>
Custodia dei figli (allegare il contratto e i conteggi)		<input type="text"/>
Altre spese fisse mensili (allegare i giustificativi)		<input type="text"/>

Sostanza/ipoteche	Genere	CHF
Sostanza	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sostanza dei figli	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stima dell'imposta fondiaria per l'impresa/la casa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ipoteche	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Allegati (copie)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Conteggio del salario per le persone con un reddito | <input type="checkbox"/> Polizza cassa malati assicurazione obbligatoria |
| <input type="checkbox"/> Dichiarazione fiscale per lavoratori autonomi | <input type="checkbox"/> Decisione dell'autorità cantonale per la riduzione dei premi |
| <input type="checkbox"/> Decisione rendita AVS | <input type="checkbox"/> Decisione assegni familiari/per figli |
| <input type="checkbox"/> Decisione rendita LPP o pensione | <input type="checkbox"/> Attestazioni scolastiche e/o contratto tirocinio |
| <input type="checkbox"/> Decisione assistenza sociale | <input type="checkbox"/> Decisione borsa di studio |
| <input type="checkbox"/> Decisione prestazioni complementari cantonali e foglio del conteggio | |
| <input type="checkbox"/> Contratto di locazione, ultimo aggiornamento del canone oppure un'attestazione di pagamento | |

Motivo della domanda

Osservazioni

La prestazione complementare è necessaria per il pagamento di: (preventivo/copia della fattura/ricevuta)

	Data	Importo CHF
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		

Informazioni: Per i candidati ricorrenti le ricevute di acquisto non devono essere più vecchie di due mesi

Coordinate conto postale o bancario

Versamento dell'importo a cognome/nome

Conto postale

Conto bancario

Clearing bancario

IBAN

Indirizzo banca

Il sottoscritto / la sottoscritta conferma che i dati qui riportati sono corretti e autorizza la Fondazione Pro Juventute a procurarsi le informazioni necessarie presso le istituzioni e le autorità coinvolte.

Il/La firmatario/a si impegna a comunicare immediatamente a Pro Juventute eventuali variazioni delle condizioni anagrafiche (p.es. seconde nozze, cambiamenti nella composizione del nucleo familiare) o economiche (entrate, uscite, patrimonio). Lui/Lei prende atto che eventuali contributi per vedove, vedovi e orfani non spettanti dovranno essere restituiti o potranno essere compensati con altre prestazioni correnti.

Luogo, data Firma _____

Se la domanda viene inoltrata da terzi, se ne richiede l'esatto indirizzo e la firma. Anche racchiuso un potere di delega firmata

Organizzazione

Cognome/nome

Via

NPA / luogo

Telefono Firma _____

Osservazioni:

In caso di domande potete rivolgervi a: Telefono: 044 256 77 24, 25 659 67 33, e-mail: wiwa@projuventute.ch

Inviare il modulo a: **Pro Juventute**
Prestazioni complementari per vedove, vedovi e orfani
Thurgauerstrasse 39
Casella postale
8050 Zurigo