

Questionario per l'affiliazione delle persone senza attività lucrativa

Motivazione della richiesta

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pensionamento anticipato | <input type="checkbox"/> Soggiorno all'estero |
| <input type="checkbox"/> Nessuna attività/attività con reddito esiguo | <input type="checkbox"/> Studio universitario/Percorso formativo |
| <input type="checkbox"/> La/Il coniuge lavora all'estero | Luogo di studio/Istituto scolastico:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Cessazione dell'attività della/del coniuge | Inizio/Conclusione _____ |
| <input type="checkbox"/> Diritto all'indennità di disoccupazione esaurito | <input type="checkbox"/> Lacune contributive (prescrizione 5 anni) |
| <input type="checkbox"/> Divorzio/Scioglimento unione registrata/Vedovanza | <input type="checkbox"/> Sostegno del Servizio sociale |
| <input type="checkbox"/> Cessazione dell'attività causa invalidità/malattia
infortunio | <input type="checkbox"/> Altro motivo _____ |
| <input type="checkbox"/> Trasferimento da _____
il _____ | |

1. Dati personali e indirizzo di residenza

- Signor Signora Lingua die corrispondenza italiano tedesco
- Nome, cognome _____
- N. d'assicurato 756. _____ . _____ . ____ Data d. nasc. ____ . ____ . _____
- Supplemento di indirizzo _____
- Via/numero _____
- NPA/Località _____
- Numero di telefono _____
- Indirizzo e-mail _____
- Nazionalità _____
- Tipo di permesso di dimora _____

2. Dati della/del coniuge o della/del partner in unione registrata (da indicare anche se l'affiliazione avviene a causa di divorzio, scioglimento di unione registrata o vedovanza))

- Signor Signora Lingua die corrispondenza italiano tedesco
- Nome, cognome _____
- N. d'assicurato. 756. _____ . _____ . ____ Data d. nasc. ____ . ____ . _____
- Supplemento di indirizzo _____
- Via/numero _____
- NPA/Località _____
- Numero di telefono _____
- Nazionalità _____
- Tipo di permesso di dimora _____

3. Stato civile

- celibe/nubile
 coniugata/o
 legalmente separato
 divorziato/a
 vedovo/a
- unione coniugale registrata
 partenariato legalmente separato
 partenariato giudizialmente separato
 partenariato concluso in seguito a decesso

Stato civile attuale, dal ____ . ____ . ____

4. Indirizzo di recapito (per fatture e corrispondenza)

Recapito identico all'indirizzo di residenza (punto 1)

Recapito diverso o invio a un rappresentante (**allegare procura**)

Signor Signora Lingua di corrispondenza italiano tedesco

Nome, cognome o nome della ditta _____

N. d'assicurato 756. ____ . ____ . ____ Data d. nasc. ____ . ____ . ____

Stato civile _____

Supplemento di indirizzo _____

Via/numero _____

Casella postale _____

NPA/Località _____

5. Coordinate bancarie/postali (per eventuali rimborsi)

Richiedente

Titolare del conto _____

Codice IBAN bancario o postale CH ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Coniuge, partner in unione domestica registrata

identico al richiedente

Titolare del conto _____

Codice IBAN bancario o postale CH ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____

6. Dati relativi al precedente obbligo contributivo

Come ha versato (lei richiedente) gli ultimi contributi AVS?

Come dipendente dal _____ al _____

presso il seguente datore di lavoro _____

Grado d'occupazione in per cento _____

Quanti mesi lavorava all'anno? _____

A quanto ammontava il suo reddito nell'anno in cui ha cessato l'attività lucrativa? _____ CHF
(allegare copia del certificato di salario)

- Come indipendente** dal _____ al _____
 presso la seguente cassa di compensazione _____
 Grado d'occupazione in per cento _____
 Grado d'occupazione in per cento _____
 A quanto ammontava il suo reddito nell'anno in cui ha cessato l'attività lucrativa? _____ CHF
 (allegare copia della decisione sui contributi)
- Come disoccupata/o** dal _____ al _____
 (allegare copia dei conteggi dell'indennità giornaliera di disoccupazione)
- Come persona senza attività lucrativa** dal _____ al _____
 presso la seguente cassa di compensazione _____
 (allegare copia della decisione sui contributi)
- Esonerata/o dall'obbligo di contribuzione tramite il coniuge**

7. Per persone coniugate / in unione domestica registrata

Come ha versato gli ultimi contributi AVS la/il coniuge o la/il partner in unione domestica registrata?

- Come dipendente** dal _____ al _____
 presso il seguente datore di lavoro _____
 Grado d'occupazione in per cento _____
 Quanti mesi lavora all'anno? _____
 L'attività lucrativa prosegue? sì no
 Se no: a quanto ammontava il reddito nell'anno in cui ha cessato l'attività lucrativa? CHF _____
 (allegare copia del certificato di salario)
- Come indipendente** dal _____ al _____
 presso la seguente cassa di compensazione _____
 Grado d'occupazione in per cento _____
 Quanti mesi lavora all'anno? _____
 L'attività lucrativa prosegue? sì no
 Se no: a quanto ammontava il reddito nell'anno in cui ha cessato l'attività lucrativa? CHF _____
 (allegare copia della decisione sui contributi)
- Come disoccupata/o** dal _____ al _____
 (allegare copia dei conteggi dell'indennità giornaliera di disoccupazione)
- Come persona senza attività lucrativa** dal _____ al _____
 presso la seguente cassa di compensazione _____
 (allegare copia della decisione contributiva AVS)
- Esonerato dall'obbligo contributivo mediante il coniuge o partner registrato**

8. Sostanza netta secondo la dichiarazione d'imposta

Si deve indicare la sostanza in Svizzera e all'estero dell'ultima dichiarazione d'imposta (inclusa la sostanza della/del coniuge e del figlio); indipendentemente dal regime dei beni per le persone coniugate.

Sostanza netta CHF _____

Determinante per il calcolo dei contributi AVS non è il valore fiscale cantonale degli immobili o fondi, bensì il valore di ripartizione intercantonale (valore fiscale federale), in quanto i Cantoni valutano diversamente gli immobili. I seguenti immobili sono inclusi nella sostanza netta dichiarata:

Immobili/Fondi nel Cantone dei Grigioni CHF _____

Immobili/Fondi nel Canton _____ CHF _____

Immobili/Fondi nel Canton _____ CHF _____

Immobili/Fondi all'estero CHF _____

9. Prestazioni in denaro dell'AVS/AI

Percepisce prestazioni complementari? sì no

Percepisce prestazioni in denaro dell'AI? sì no

Se sì, sotto quale forma? rendita indennità giornaliera

Da quale cassa di compensazione? _____

10. Altre prestazioni ricorrenti

Vengono versate altre prestazioni ricorrenti? sì no

Se sì, quali? (Segnare con una crocetta e compilare per intero)

rendite dell'AVS federale (senza la rendita AI)

Avente diritto	Diritto dal (mese/anno)	Diritto fino al (mese/anno)	Importo mensile CHF
Richiedente			
Coniuge / partner registrata/o			

Rendite e pensioni di ogni genere (per es. previdenza professionale o assicurazione contro gli infortuni)

Avente diritto	Diritto dal (mese/anno)	Diritto fino al (mese/anno)	Importo mensile CHF
Richiedente			
Coniuge / partner registrata/o			

Rendite ponte del datore di lavoro (se per queste prestazioni sono già stati versati contributi AVS, allegare conteggi)

Avente diritto	Diritto dal (mese/anno)	Diritto fino al (mese/anno)	Importo mensile CHF
Richiedente			
Coniuge / partner registrata/o			

- Indennità giornaliera in caso di infortunio e di malattia

Avente diritto	Diritto dal (mese/anno)	Diritto fino al (mese/anno)	Importo mensile CHF
Richiedente			
Coniuge / partner registrata/o			

- Rendite per i figli alle quali i figli non hanno alcun diritto proprio dal punto di vista giuridico (per es. rendite per i figli ai sensi della LPP)

Avente diritto	Diritto dal (mese/anno)	Diritto fino al (mese/anno)	Importo mensile CHF
Richiedente			
Coniuge / partner registrata/o			

- Rendite dell'assicurazione militare

Avente diritto	Diritto dal (mese/anno)	Diritto fino al (mese/anno)	Importo mensile CHF
Richiedente			
Coniuge / partner registrata/o			

- Rendite di assicurazioni sociali estere

Avente diritto	Diritto dal (mese/anno)	Diritto fino al (mese/anno)	Importo mensile CHF
Richiedente			
Coniuge / partner registrata/o			

- Obbligazioni alimentari, esclusi gli alimenti per i figli (allegare sentenza)

Avente diritto	Diritto dal (mese/anno)	Diritto fino al (mese/anno)	Importo mensile CHF
Richiedente			
Coniuge / partner registrato/ah			

- Costo della vita secondo il dispendio in base alla stima delle autorità fiscali ai sensi dell'art.14 LIFD

Avente diritto	Diritto dal (mese/anno)	Diritto fino al (mese/anno)	Importo mensile CHF
Richiedente			
Coniuge / partner registrata/o			

- Ulteriori prestazioni ricorrenti (p.es. valore dell'affitto dal diritto di abitazione, versamenti regolari a terzi, ecc.)

Avente diritto	Diritto dal (mese/anno)	Diritto fino al (mese/anno)	Importo mensile CHF
Richiedente			
Coniuge / partner registrata/o			

Allegati

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tassazione definitiva dell'ultima dichiarazione d'imposta | <input type="checkbox"/> Decisioni di rendita |
| <input type="checkbox"/> Libretto per stranieri | <input type="checkbox"/> Decisioni della Cassa pensioni |
| <input type="checkbox"/> Procura | <input type="checkbox"/> Conteggio della rendita ponte |
| <input type="checkbox"/> Certificato/i di salario | <input type="checkbox"/> Sentenza (per le obbligazioni alimentari) |
| <input type="checkbox"/> Conteggi dell'indennità giornaliera della cassa di disoccupazione | <input type="checkbox"/> Decisione di assistenza |
| <input type="checkbox"/> Conteggi indennità giornaliera di malattia/d'infortunio | <input type="checkbox"/> Attestato di studio per studentesse/studenti all'estero |
| <input type="checkbox"/> Contratto di lavoro | <input type="checkbox"/> Altri allegati |
| <input type="checkbox"/> Decisione sui contributi | |

Confermo di avere compilato il questionario in modo completo e veritiero
(richieste incomplete possono comportare ritardi nell'elaborazione).

Località, data

Firma

Presentare la richiesta, unitamente agli allegati, all'agenzia AVS del Comune di domicilio, grazie.

Sul nostro [sito web](#) trova importanti informazioni, opuscoli e moduli, nonché le basi giuridiche.

Conferma dell'agenzia AVS

Verifica prestazioni e sostanza

sì

no

Allegati inclusi

sì

no

Se no, motivazione:

Osservazioni dell'agenzia AVS

Richiesta di condono dei contributi per persone che vivono in condizioni di estrema povertà o percepiscono prestazioni finanziarie dall'Ufficio del servizio sociale:

- Il presidente del Comune di domicilio richiede nel presente caso il condono del contributo minimo AVS/AI/IPG. **Se la persona assicurata percepisce prestazioni finanziarie dell'Ufficio del servizio sociale, si deve allegare l'attuale decisione di assistenza.**

Località, data

Firma (responsabile dell'agenzia AVS)
