

Richiesta per il rimborso della riduzione dei premi per l'anno 2017 a favore delle persone tassate alla fonte

La riduzione dei premi aiuta gli assicurati aventi diritto, in condizione economica modesta, a sgravare l'onere finanziario per i premi dovuti all'assicurazione base obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Prima di compilare la richiesta la preghiamo di leggere attentamente le **direttive**. Non appena tutti i dati e i giustificativi necessari saranno completi, verrà verificato il diritto RIP.

1. Persona richiedente

N° d'assicurazione 756. Telefono _____
Cognome _____
incluso cognome da nubile _____ Nome _____
Via _____ NPA/Luogo _____
Data di nascita _____ Stato d'origine _____ Tipo di permesso _____
Stato civile _____ valido dal _____ Sesso (m/f) _____
Indirizzo di recapito CH _____
Professione _____
Domicilio al 1.1.2017 _____
Corrispondenza in lingua tedesca italiana
Percepisce delle indennità? (AD, LAINF ecc.) si no

2. Coniuge

Cognome _____
incluso cognome da nubile _____ Nome _____
Data di nascita _____ Stato d'origine _____
N° d'assicurazione 756. Sesso (m/f) _____
Abita pure lei in Svizzera? si no Tipo di permesso _____
Nel 2017 ha lavorato in Svizzera? si no vedi cifra 5
Percepisce delle indennità? (AD, LAINF ecc.) si no vedi cifra 5

3. Figli e giovani adulti fino e compresa l'annata 1992

Cognome	_____	_____	_____
Nome	_____	_____	_____
Sesso (m/f)	_____	_____	_____
Data di nascita	_____	_____	_____
Paese di residenza	_____	_____	_____
Formazione	_____	_____	_____
dal/al	_____	_____	_____
Studio	_____	_____	_____
dal/al	_____	_____	_____
Tempo pieno o parziale	_____	_____	_____

Continua a tergo!

4. Destinatario del pagamento: assicuratore malattie

Un eventuale diritto alla riduzione dei premi verrà versato direttamente all'assicuratore malattie secondo la polizza 2017

5. Dati concernenti il reddito nell'anno 2017 di tutti i membri della famiglia elencati sulla richiesta

Tutti i redditi fin ora ottenuti nel 2017; almeno 6 mesi continuativi

Come redditi valgono ad esempio:

- Certificati di salario di tutti i datori di lavoro
- Salario sostitutivo come indennità giornaliera AD, LAINF ecc.
- Certificati di rendite AI o LPP, indennità in capitale, indennità per menomazione dell'integrità ecc.
- Certificati di rendite estere
- Pagamenti di mantenimento da terzi

6. Attestazione del datore di lavoro per l'anno 2017 (per ogni persona che esercita una professione)

Il datore di lavoro conferma l'esattezza e la completezza dei certificati di salario allegati.

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro

(risp. nome e indirizzo del datore di lavoro ben leggibili)

7. Allegati indispensabili di tutte le persone elencate sulla richiesta

La preghiamo di NON fissare i documenti con le graffette

- Copia dei permessi di dimora rilasciati dalla polizia degli stranieri
- Polizza d'assicurazione malattia LAMal 2017
- Certificati di salario e conteggi delle indennità AD, LAINF ecc. dell'anno 2017
- Conferma della formazione per le persone fino all'età di 25 anni (contratto di tirocinio, conferma della scuola, immatricolazione ecc.)
- per ogni figlio/a che vive all'estero: un attestato ufficiale di esistenza in vita non più vecchio di un anno

Si conferma l'esattezza e la completezza di tutte le indicazioni:

Luogo e data _____

Firma della persona richiedente oppure del suo rappresentante (parente, tutore, autorità)

Firma del coniuge oppure del suo rappresentante (parente, tutore, autorità)

Il diritto alla RIP 2017 decade, se la richiesta non viene inoltrata entro il 31.12.2017.

Conferma da parte dell'agenzia comunale AVS
(rispettivamente luogo di lavoro per frontalieri)

Arrivato il _____ da _____

Beneficiario dell'assistenza sociale sì no Assistenza sociale dal _____
Per favore alleggi la dichiarazione di liberazione dal segreto professionale attualmente valida .

L'Agenzia AVS ha controllato i presenti dati e ne conferma l'esattezza.

Data di ricezione presso l'Agenzia AVS

Timbro e firma