

Richiesta per il rimborso della riduzione dei premi per l'anno 2021 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** e poi inoltrare la richiesta interamente compilata con gli allegati necessari all'Agenzia AVS del suo comune di domicilio. 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	_____	Nome	_____
incluso cognome da nubile	_____	NPA/Luogo	_____
Via	_____	Stato d'origine	_____
Data di nascita	_____	valido dal	_____
Stato civile	_____	Sesso (m/f)	_____
Indirizzo di recapito CH	_____		
Domicilio al 1.1.2021	_____		
Professione	_____		
Corrispondenza in lingua	<input type="radio"/> tedesca	<input type="radio"/> italiana	
Percepisce delle indennità? (AD, LAINF ecc.)	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	

2. Coniuge

Cognome	_____	Nome	_____
incluso cognome da nubile	_____	Stato d'origine	_____
Data di nascita	_____	Sesso (m/f)	_____
N° d'assicurazione	756.	Tipo di permesso	_____
Abita pure lei in Svizzera?	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	
Domicilio al 1.1.2021	_____		
Nel 2021 ha lavorato in Svizzera?	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	vedi cifra 5
Percepisce delle indennità? (AD, LAINF ecc.)	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	vedi cifra 5

3. Figli e giovani adulti fino e compresa l'annata 1996

Cognome	_____	_____	_____
Nome	_____	_____	_____
Sesso (m/f)	_____	_____	_____
Data di nascita	_____	_____	_____
Paese di residenza	_____	_____	_____
<u>Formazione</u>	_____	_____	_____
dal/al	_____	_____	_____
<u>Studio</u>	_____	_____	_____
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 2021.

5. Dati concernenti il reddito nell'anno 2021 di tutti i membri della famiglia elencati sulla richiesta

Tutti i redditi fin ora ottenuti nel 2021; almeno 6 mesi continuativi

Come redditi valgono ad esempio:

- Certificati di salario di tutti i datori di lavoro incl. redditi conteggiati con la procedura semplificata
- 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 2021 (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 2021
- Tutti i giustificativi secondo la posizione 5
- Conferma della formazione per le persone tra i 16 - 25 anni d'età
(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 2021 decade, se la richiesta non viene inoltrata entro il 31.12.2021.

Conferma da parte dell'Agenzia AVS del comune di domicilio

(rispettivamente luogo di lavoro per frontalieri)

Arrivato il _____ da _____

Per persone con diversi arrivi e partenze durante l'anno vi preghiamo di allegare il certificato di domicilio dettagliato.

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