|  |  |
| --- | --- |
| Richiesta di prestazione ponte COVID |  |
|  |  |
|  |

Voglia compilare attentamente e in tutte le sue parti il presente formulario, fornendo quanto richiesto. Solo una volta ricevuta tutta la documentazione, la domanda potrà essere evasa.

I funzionari del suo Comune di domicilio sono disponibili a supportarla nella compilazione del formulario e ad assisterla nella raccolta dei documenti indispensabili.

**Avvertenze importanti**

* Dove richiesto, va allegata la relativa documentazione. Alleghi sempre una copia dell'ultima decisione di tassazione per l'imposta cantonale (IC).
* La richiesta compilata va consegnata al suo Comune di domicilio; per semplicità, nelle domande è stata adottata la forma maschile per entrambi i sessi.

**Voglia verificare la correttezza dei dati una volta compilato il questionario**

* Ha risposto in modo completo a tutte le domande?
* Ha firmato la domanda e gli eventuali allegati?
* Ha allegato tutti i documenti richiesti?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mese della richiesta** |  |  |
|  |  |
| Per quale mese è richiesta la prestazione |  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Condizioni per accedere alla prestazione  |  |  |
|  |  |
| Il richiedente:  |  |  |  |  |  |  |  |
| * è dimorante nel Cantone da meno di tre anni?
 |  | [ ] Sì |  | [ ] No |  |  |  |
| * percepisce Indennità di disoccupazione (LADI)?
 |  | [ ] Sì |  | [ ] No |  |  |  |
| Lei o qualche membro della sua economia domestica: |  |  |  |  |  |  |  |
| * percepisce prestazioni complementari AVS/AI?
 |  | [ ] Sì |  | [ ] No |  |  |  |
| * percepisce indennità straordinarie per ex indipendenti (ISD)?
 |  | [ ] Sì |  | [ ] No |  |  |  |
| * percepisce Assegni di prima infanzia (API)?
 |  | [ ] Sì |  | [ ] No |  |  |  |
| * percepisce prestazioni assistenziali?
 |  | [ ] Sì |  | [ ] No |  |  |  |
|  |  |  |
| **AVVERTENZA**: l'accesso alla prestazione ponte COVID è possibile qualora le risposte risultino **tutte negative!**  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Richiedente** |  |  |
|  |  |
| No. AVS | 7 5 6. . . . |  |
| Cognome (indicare anche il cognome da nubile) |  |  |
| Nome |  |  |
| Data di nascita |  |  |
| Sesso | [ ] M [ ]  F |  |
| Via e numero |  |  |
| NAP e località |  |  |
| Domicilio ed effettiva dimora nel Cantone dal |  |  |
| No. di telefono |  |  |
| E-mail |  |  |
| Nome della cassa malati |  |  |
|  |  |
|  | Allegare la **polizza Cassa malati per l’anno in corso** con indicato il premio al netto del sussidio. |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazionalità e permesso |  |  |
|  |  |
| Nazionalità |  | [ ]  Svizzero |  |
|  |  | [ ]  Straniero |  |
| Se straniero: tipologia di permesso |  | …………………………………………………………………………………………… |  |
|  | Se cittadino straniero allegare: copia permesso di dimora/soggiorno o dichiarazione sostitutiva. |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Quante persone (compreso il richiedente) convivono nell’economia domestica? |  |  |  |
| Completare adeguatamente la tabella |  |
|  |  |
|  | Cognome | Nome | Data di nascita | Legame con il richiedente |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  | Allegare la **polizza Cassa malati per l’anno in corso** con indicato il premio al netto del sussidio per tutti i membri dell'economia domestica |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Conto bancario o postale intestato al richiedente |  |  |
|  |  |
| Numero conto IBAN |  |  |
| No |  |
| Istituto bancario/posta - sede |  |  |
| Numero di conto |  |  |
| Persona intestataria del conto: |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Redditi |  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  | **AVVERTENZA**: di principio vanno indicati gli importi mensili, deve essere invece specificato se vengono indicati importi annui. |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Reddito da lavoro (salariati)
 |  |  |
|  |  |
| Percepisce reddito da attività lucrativa?(Importo lordo per salariati, incluso eventuale tredicesima mensilità/gratifica) |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
| Il suo coniuge/ convivente? |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
| altri membri dell'economia domestica? |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
|  |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
|  |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
|  | Per i lavoratori dipendenti allegare l'ultimo conteggio stipendio  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Reddito da attività indipendente (autocertificazione)
 |  |  |
|  |  |
| Genere attività svolta:  |  |  |  |
| L'attività è stata avviata almeno 3 mesi prima della richiesta |  | [ ] Sì |  | [ ] No |  |  |  |
| Nel mese precedente la richiesta, l'attività ha subito un calo del fatturato a seguito della pandemia? |  | [ ] Sì |  | [ ] No |  |  |  |
| Ha ricevuto per il mese precedente alla richiesta aiuti nell'ambito dei casi di rigore? |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
| Ha ricevuto nel mese precedente alla richiesta indennità perdita di guadagno Corona (IPG Corona)? |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF  |  |  |
| Indicare il reddito mensile netto conseguito nel mese precedente alla richiesta (al netto delle spese) |  |  |  |  | CHF |  |  |
| Il suo coniuge/ convivente percepisce reddito da attività indipendente? |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
| altri membri dell'economia domestica? |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
|  |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
|  |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
|  |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
|  |  |
| 1. Altre rendite e prestazioni
 |  |  |
|  |  |
| Percepisce una rendita AVS/AI oppure un'indennità giornaliera AI? |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
| Il suo coniuge? |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
| I suoi figli? (Rendita per figli/orfani)(Inserire gli importi per figlio separatamente) |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
|  |  |  |  |  | CHF |  |  |
|  |  |  |  |  | CHF |  |  |
| Lei o qualche membro della sua economia domestica: |  |  |  |  |  |  |  |
| * percepisce Assegni familiari integrativi (AFI)?
 |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
| * percepisce Indennità di disoccupazione (LADI)
 |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
| * percepisce altre prestazioni sociali?
 |  | [ ] Sì |  | [ ] No |  |  |  |
|  Se sì, quali? |  |  | CHF |  |  |
|  |  |  | CHF |  |  |
|  |  |  |
| Allegare decisione riguardante le prestazioni percepite |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Alimenti
 |  |  |
|  |  |
| Percepisce degli alimenti? |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
| Il suo coniuge? |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
| I suoi figli? (Inserire gli importi per figlio separatamente) |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
|  |  |  |  |  | CHF |  |  |
|  |  |  |  |  | CHF |  |  |
|  |  |
|  | Allegare copia integrale della sentenza di divorzio o di separazione, della convenzione in materia di obblighi alimentari e l'ultimo giustificativo di accredito. |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Altri redditi
 |  |  |
|  |  |
| Consegue altri redditi? (Reddito in natura, proventi da eredità indivise, usufrutto, ecc.)  |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
| Il suo coniuge? |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
| I suoi figli? (Inserire gli importi per figlio separatamente) |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
|  |  |  |  |  | CHF |  |  |
|  |  |  |  |  | CHF |  |  |
|  |  |  |  |  | CHF |  |  |
|  |  |
|  | Allegare documentazione. |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Spese |  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  | **AVVERTENZA**: di principio vanno indicati gli importi mensili, deve essere invece specificato se vengono indicati importi annui. |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Oneri sociali
 |  |  |
|  |  |
| È tenuto a pagare dei contributi sociali (AVS/AI/IPG/AD/LAINF/LPP)? |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
| Il suo coniuge? |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
| I suoi figli? (Inserire gli importi per figlio separatamente) |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
|  |  |  |  |  | CHF |  |  |
|  |  |  |  |  | CHF |  |  |
|  |  |  |  |  | CHF |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Alimenti dovuti
 |  |  |
|  |  |
| Deve versare degli alimenti? |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
| Il suo coniuge? |  | [ ] Sì |  | [ ] No | CHF |  |  |
|  |  |
|  | Allegare copia della sentenza di divorzio/convenzione in materia di obblighi alimentari e dell'ultimo giustificativo di pagamento. |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Pigione o interessi ipotecari
 |  |  |
|  |  |
| Importo della pigione lorda mensile (incluse le spese accessorie) | CHF |  |  |
| In caso di abitazione primaria importo mensile degli interessi ipotecari | CHF |  |  |
|  |  |  |
|  | Allegare copia del contratto di locazione e nel caso di abitazione primaria l'ultimo conteggio relativo agli interessi ipotecari. |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sostanza  |  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Sostanza netta |  |  |
|  |  |
| Importo della sostanza netta al punto 34 dell'ultima decisione di tassazione cresciuta in giudicato |  |  |  |  | CHF |  |  |
| Per altri membri dell'economia domestica |  |  |  |  | CHF |  |  |
|  |  |  |  |  | CHF |  |  |
|  |  |  |  |  | CHF |  |  |
|  |  |  |  |  | CHF |  |  |
|  |  |
|  | Allegare le relative notifiche di tassazione (calcolo dell'imponibile IC) dell'ultima tassazione cresciuta in giudicato per ogni persona interessata.  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Documenti da allegare alla richiesta  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | [ ]  Certificato di premio mensile della cassa malattia al netto del sussidio (per ogni membro dell'economia domestica);[ ]  Allegare le notifiche di tassazione (calcolo dell'imponibile IC) dell'ultima tassazione cresciuta in giudicato per ogni persona interessata;Qualora fosse il caso:[ ]  Se cittadino straniero allegare: copia permesso di dimora/soggiorno o dichiarazione sostitutiva.[ ]  Per i salariati, allegare ultimo conteggio stipendio;[ ]  Allegare copia della sentenza di divorzio o di separazione, della convenzione in materia di obblighi alimentari e l'ultimo giustificativo di accredito o pagamento[ ]  Allegare copia del contratto di locazione e nel caso di abitazione primaria l'ultimo conteggio relativo agli interessi ipotecari;[ ]  Allegare ogni altro documento a comprova dei redditi incassati; |  |
|  |  |

**Completezza**

Con la sua firma conferma che le informazioni sopra riportate sono vere e complete e che non esistono altri redditi e beni. Prende atto di incorrere in un reato penale qualora, mediante informazioni false o incomplete, conseguisse o cercasse di conseguire illecitamente per sé o per altri la prestazione Ponte COVID. Le prestazioni percepite indebitamente devono essere restituite

**Autorizzazione**

Con la sua firma autorizza il Comune a raccogliere tutte le informazioni e i documenti necessari per accertare il diritto alle prestazioni presso tutte le persone fisiche, giuridiche e gli Enti (di natura pubblica e privata); in particolare e per una eventuale verifica, autorizza i Servizi competenti a comunicare la percezione o meno di prestazioni sociali ai sensi dell'art. 3 lett. d) del Decreto legislativo urgente concernente la prestazione ponte COVID del 26 gennaio 2021. Prende atto che dette persone o Enti sono così svincolate/i dall’obbligo del segreto.

In caso di curatela allegare la credenziale del curatore che firmerà la domanda in qualità di rappresentante.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Motivo della richiesta e della diminuzione dei redditi |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  | Firma del richiedente o rappresentante |  |
|  |  |  | Firma del coniuge o rappresentante |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Da compilare da parte del Comune |  |  |
|  |  |
| Data della consegna della richiesta |  |  |
| Data presentazione prima domanda |  |  |
| Valutazione di ordine sociale: (motivi della richiesta della prestazione Ponte COVID). |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
| Funzionario incaricato |  |  |
|  |  |
| Data |  | Timbro del comune e firma del funzionario incaricato |  |  |
|  |  |