

MODELLO DI DOMANDA ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

AI

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE (Compilare e barrare le caselle)

cognome e nome codice fiscale

luogo di nascita data di nascita

celibe/nubile coniugato/a vedovo/a separato/a divorziato/a

in servizio presso tel.uff.

titolare di pensione - iscrizione n°

CHIEDE

l'attribuzione

la rideterminazione

dell'assegno per il nucleo familiare a decorrere dal

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE (Compilare)

	cognome e nome	relazione di parentela	data di nascita	posiz. (*)
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(*) per ogni componente indicare, se presente, una o più delle seguenti posizioni:

"S" Studente: Per i figli di età compresa fra i 18 e i 21 anni aggiungere la lettera "M".

"A" Apprendista: Per i figli di età compresa fra i 18 e i 21 anni aggiungere la lettera "M".

"I" Invalido: persona che si trova, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro ovvero minorenne con difficoltà persistente a svolgere le funzioni proprie della sua età (si allega, in quanto non ancora presentata, la certificazione - o copia autenticata - rilasciata dalla U.S.L. o dalle preesistenti Commissioni sanitarie provinciali).

"O" Orfano/a

DETERMINAZIONE DEL REDDITO FAMILIARE ANNUO
(Compilare)

Vanno considerati i redditi - assoggettabili ad Irpef, compresi quelli a tassazione separata, al lordo degli oneri deducibili e delle detrazioni d'imposta nonché i redditi esenti da imposta o assoggettati ad imposta sostitutiva, in quanto di importo superiore ed euro 1.032,91 annui (già lire 2.000.000) - percepiti dai componenti il proprio nucleo familiare indicati nel precedente riquadro,

nell'anno 2014

redditi	dichiarante	coniuge (*)	altri familiari (**)	totali
1) redditi da lavoro dipendente ed assimilati				
2) redditi a tassazione separata				
3) altri redditi (terreni, fabbricati, lavoro autonomo, ecc)				
4) redditi esenti				
totali				

REDDITO COMPLESSIVO

- (*) coniuge non legalmente ed effettivamente separato.
- (**) figli ed equiparati minorenni, maggiorenni fino a 21 anni studenti o apprendisti, maggiorenni inabili. fratelli, sorelle, nipoti, orfani minorenni o maggiorenni inabili.

NOTE PER L'INDIVIDUAZIONE DEI REDDITI

- 1) importi di cui ai punti 1, 3, 4, 5, 142, 147, 201, 205, 221, 241 e 242 del Mod. CU 2015 o rigo 4 del mod. 730-3 redditi 2014 e RN1 col. 5 mod. Unico 2015
- 2) importi di cui ai punti 261, 262 del CU 2015; sono esclusi i trattamenti di fine rapporto e le anticipazioni su tali trattamenti.
- 3) importi desumibili dai vigenti modelli fiscali:
- per il **mod.730** vedere righe 147 e 148 e vedere mod.730-3, righe 1, 2, 3, 5, 6, 7 per il Mod. UNICO RN1 col. 5 e vedere anche i dati riportati nei singoli riquadri;
- 4) vanno inclusi anche i redditi assoggettati a ritenuta d'imposta alla fonte o ad imposta sostitutiva (*interessi su depositi, su titoli, ecc.*) se superiori, complessivamente, ad euro 1.032,91 annui.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CONIUGE
(Compilare e barrare la casella)

Il/La sottoscritt

cognome e nome

luogo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

data di nascita

consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false,

DICHIARA sotto la propria responsabilità che:

- per i soggetti indicati nella tabella della composizione del nucleo familiare non ha richiesto né richiederà altro trattamento di famiglia.

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma del coniuge

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE
(Compilare e barrare le caselle)

Il/La sottoscritt

cognome e nome

luogo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

data di nascita

consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false,

DICHIARA sotto la propria responsabilità che:

- per i soggetti indicati nella tabella della composizione del nucleo familiare non ha richiesto né richiederà altro trattamento di famiglia.
- per i soggetti indicati nella tabella della composizione del nucleo familiare non è stato richiesto altro trattamento di famiglia da parte di persone che non compongono il nucleo familiare (ex coniuge, coniuge separato, convivente o altri);
- le notizie indicate nel presente modello di domanda sono complete e veritiere;
- ha allegato tutta la documentazione necessaria per la gestione della pratica
- si impegna a segnalare le variazioni della situazione dichiarata entro 30 giorni.

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma del richiedente

DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO DELLA DOMANDA

1) NUCLEI FAMILIARI

- Modello CU (Coniuge e Richiedente)
- Modello 730 (Coniuge e Richiedente)
- Modello Unico (Coniuge e Richiedente)

2) NUCLEI FAMILIARI SEPARATI/DIVORZIATI

- Domanda ANF 42
- Stato di Famiglia (Uso Assegni Familiari)
- Modello CU Richiedente
- Modello 730 Richiedente
- Modello Unico Richiedente
- Copia Sentenza di separazione omologata/divorzio (ove si evinca affidamento dei figli)
Se affidamento congiunto Atto di notorietà altro genitore

3) NUCLEI FAMILIARI CELIBE/NUBILE CON MINORI

- Domanda ANF 42
- Stato di Famiglia (Uso Assegni Familiari)
- Modello CU
- Modello 730
- Modello Unico
- Atto di Notorietà dell'altro genitore che attesta che non percepisce Assegni Familiari
(solo se presente nello stato di famiglia)

4) NUCLEI FAMILIARI CON FAMILIARI PORTATORI DI HANDICAP

- Stato di Famiglia (rilasciato dal comune)
- Modello CU
- Modello 730
- Modello Unico
- Copia Certificato di invalidità

Firma del richiedente

N.B.: Resta ferma la facoltà dell'amministrazione di sottoporre a verifica le notizie indicate nel presente modello di domanda