

SMZ Choisissez un élément.

Choisissez un élément.

**Dichiarazione mensile delle entrate**

La traduzione in italiano non ha valore legale ma solo informativo: in caso di incoerenza o difformità prevalgono le versioni originali francese e tedesca del documento.

Fatte la crece sul mese e su l’anno

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bilancio mensile | gennaio | febbraio | marzo | aprile | maggio | giugno | luglio | agosto | settembre | ottobre | novembre | dicembre |
| anno | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** | **2031** |

1. **Informazioni personali**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome: |  |
| Nome: |  |
| Numero di telefono |  |
| Assistente sociale: |  |
| Assistente amministrativo |  |

1. **Informazioni personali / Situazione finanziaria**

Vi preghiamo di rispondere alle seguenti domande: Si No

E cambiato qualcosa confronto il mese scorso?**[ ]** **[ ]**

Se e cambiato qualcosa vi preghiamo di compilare le seguente domande:

 E cambiato il numero di persone in famiglia oppure a casa vostra? [ ]  [ ]

 Commenti:……………………………………………………………………………………

 Qualquno della vostra famiglia o coinquilino è andato a l’estero o ha l’ntezione di andarci? [ ]  [ ]

 Commenti: ..………………...………………………………………...……….

 Qualquno della vostra famiglia o coniquilno nel mese scorso a frequentato un corso di [ ]  [ ]

 professione tipo (Corso di lingua, tirocinio, prove di lavoro)

 Commenti:……………………………………………………………………………………

 Cos’altro è cambiato? [ ]  [ ]

 Commenti:…………………………………………………………………………………...

1. **Redddito entrate in franchi (allegare documenti)**

Da l’ultima domanda del mese scorso avete avuto un reddito? [ ]  [ ]

Se si, vi preghiamo di compilare la grafica sotto;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Signore | Signora | Figli |
| Salario netto mensile (incl. tirocinio, aprendistato, borse di studio…..) |       |       |       |
| Salario mensile da lavoro autonomo |       |       |       |
| Assicurazione sociale, pensioni e indennità giornaliere: AHV / IV / ALV / UVG / BVG / EO |       |       |       |
| Altre prestazioni: indennità di malattia per perdita di guadagno e EL |       |       |       |
| Pagamenti di manutenzione |       |       |       |
| Entrate extra (lavoro a casa, attività autonoma) |       |       |       |
| Entrate della proprietà subaffito |       |       |       |
| Assegni famigliari/assegni di formazioni |       |       |       |
| Contributi di manutenzione, alimenti, sostegno ai parenti |       |       |       |
| Altro (borse di studio, prestito per formazione, eredità, vincita alla lotteria, donazioni …) |       |       |       |

1. **Costi relativi alla situazione**

Diritto di visita (fatte la croce al giorno rilevante):

*Mese interessato :*

*Bambino:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Mese interessato :*

*Bambino:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Spese per i pasti (fatte la croce al giorno rilevante):

*Mese interessato :*

*Persona relativa:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Mese interessato :*

*Persona relativa:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Documnte / Ricevute**

Seguenti documenti devono essere inviati con la dichiarazione::

[ ]  Estratto conto banca oppure postale del mese scorso

[ ]  ricevuta pagamento affito (se pagato da voi stessi)

[ ]  Informazioni se avete un nuovo conto bancario o postale

[ ]  Spese biglietti di trasporto per professione, visite medice oppure assistenza

[ ]  Certificato medico per ogni persona che ha un incapacità di lavoro

1. **Firma**

Con la sua firma afferma che tutte le dichiarazioni su questo foglio siano correte e non ci sia stato alcun cambiamento del patrimonio. Ogni cambiamento in famiglia, in casa o al lavoro e stato dichiarato. Con la sua firma si obbliga di dichiarare ogni cambiamento dalla data della compilazione a la fine del mese, se puo aver influenza sul pagamento.

Questo foglio e da consegnare con ellegato tutti i documenti richiesti dalla posizione 5 **fino al giorno 31. Con la domanda al ufficio sociale.** Se no il pagamento non e garantito perché non si puo determinare la somma da versare.

Luogo e data:

Firma del richiedente:

Firma del coniuge/concubino:

Da compilare da l’ufficio sociale

|  |  |
| --- | --- |
| Kontrolle SA am |       |
| Bezahlt am |       |
| VISA SA |       |