

# Inscrição para compensação de renda por Corona



## 1. Dados pessoais do requerente

### 1.1 Nome

### 1.2 Todos os primeiros nomes

### 1.3 Data de nascimento

D, M, Ano

### 1.4 Número do segurado

AHV 13-dígitos, entrada sem ponto e espaço.  
Você também encontrará o número AHV- no seu cartão de seguro de saúde suíço.

### 1.5 Endereço

Rua, Nr.

CEP, Lugar

Telefone Telemóvel

E-Mail

## 2. Informações sobre o emprego antes da interrupção

---

### 2.1 Você trabalha como funcionário/a?

- sim  
 não

Nome e endereço de todos os empregadores

Número de contabilização do empregador


Qual foi o seu rendimento bruto sujeito as contribuições da AHV no último mês antes do pedido de compensação?

CHF

Recebeu o seu salário continuado durante o período de interrupção do trabalho?

- sim  
 não

Em caso de pagamento contínuo do salário, a compensação será paga ao seu empregador.

Concordo que uma cópia da folha de pagamento será enviada para o empregador.

Está sujeito a retenção de imposto deduzido da fonte?

- sim  não

**Anexo:** Folha de pagamento dos últimos três meses de todos os empregadores

### 2.2 Você é autônomo?

- sim  
 não

Fundo de compensação competente

Número de liquidação

--	--

A que instituição de acesso público pertence a sua empresa?

- Lojas e mercados  
 Gastronômico  
 Estabelecimentos de bar, assim como discotecas, clubes nocturnos e estabelecimentos eróticos  
 Instalações de entretenimento e lazer, nomeadamente museus, bibliotecas, cinemas, salas de concertos, teatros, casinos, centros desportivos, centros de fitness, piscinas, centros de bem-estar, estâncias de esqui, jardins botânicos e zoológicos  
 Empresas com serviços pessoais com contato físico como cabeleireiros, massagens, estúdios de tatuagem e cosméticos.  
 Outro

Por favor, especifique

Está sujeito a retenção de imposto na fonte?

- sim  não

## 3. Motivo para a interrupção do emprego

---

**A perda de prestação de cuidados a crianças menores de 12 anos**

**Informações sobre o outro progenitor**

Nome

Todos os primeiros nomes

Data de nascimento

D, M, Ano

Número do segurado

756

AHV 13-dígitos, entrada sem ponto e espaço.  
Você também encontrará o número AHV- no seu cartão de seguro de saúde suíço.

Liste todas as crianças que ainda não atingiram a idade de 12 anos e cujos cuidados externos foram cancelados em conexão com a epidemia da corona. Durante as férias escolares não há direito a prestação.

Nome	Primeiro Nome	Data de nascimento
------	---------------	--------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Motivo da interrupção do atendimento

Fechamento da escola (incluindo os jardins de infância).

Fechamento da KITA

O prestador de cuidados previsto pertence ao grupo de risco

Informações sobre o cuidador previsto (grupo de risco)

Idade superior a 65 anos

Doença preexistente

Qual é a doença precedente?

Pressão arterial elevada

Diabetes cardiovascular-

Doenças crônicas

Doenças respiratórias

Doenças e terapias que afectam o sistema imunitário  
 câncer

Horários em que os cuidados externos não eram possíveis.

de

até

Número de dias

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

**Suplemento:** Comprovante da interrupção do atendimento de terceiros na KITA

**Interrupção do emprego devido a uma medida de quarentena**

de

D, M, Ano

Se a quarentena foi decretada

sim não

até

D, M, Ano

Por quem (médico, outra autoridade)?

**Suplemento:** Atestado médico

**Fechamento do comércio devido a medidas do Conselho Federal (apenas para trabalhadores autônomos)**

de

D, M, Ano

até

D,M, Ano

**Cancelamento de um evento planejado devido à atual proibição de eventos (somente para autônomos) Em que dias?**

#### 4. Pagamento de indenização

---

A compensação deve ser paga directamente na seguinte conta bancária ou de Post

Titular da conta

Nome e endereço do banco / da Post

IBAN-Nr.

#### Confirmação

---

A indenização é paga apenas por interrupções reais no emprego. Declarações falsas podem resultar em sanções. O direito à indemnização não paga termina cinco anos após as medidas decididas pelo Conselho Federal terem sido revogadas.

Apresentando este formulário, o requerente reconhece as disposições acima mencionadas e confirma que as informações fornecidas são correctas.

#### Suplementos:

- Folha de pagamento dos últimos três meses
- Comprovante de ausência de cuidados de terceiros na KITA
- Certificado médico (comprovante de quarentena)
- Comprovante do Evento

**Por favor, não agrafar os documentos juntos.**