

1. Generalità

1.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

femminile maschile

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero d'assicurato

13 cifre. Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

1.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

E-Mail

Attuale luogo di residenza (se diverso dal domicilio legale, p.es. ospedale o casa di cura)

Nome dell'istituto

NAP, Luogo

Via, n°

1.3 Curatela

Esiste una curatela?

sì no

Se sì, nome e indirizzo del curatore/rappresentante

Se sì, si accludano alla presente richiesta copia della risoluzione di curatela e una descrizione degli obblighi e dei compiti.

1.4 Cittadinanza

Cittadini/e svizzeri/e

Comune di attinenza/cantone

Naturalizzazione dal

gg, mm, aaaa

Cittadini stranieri

Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

gg, mm, aaaa

2. Stato civile

2.1 Situazione attuale

Stato civile

dal

gg, mm, aaaa

Generalità del coniuge o del(la) partner registrato(a)

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero d'assicurato

13 cifre. Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

2.2 Eventuale matrimonio(i) o unione(i) domestica registrata precedente

Data del matrimonio/della registrazione

Stato civile

dal

gg, mm, aaaa

Dati personali dell'ex-coniuge / dell'ex-partner

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero d'assicurato

13 cifre. Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

3. Figli

Indicare tutti i figli, anche se già maggiorenni.

Cognome	Nome	Data di nascita	Sesso	Ev. data decesso	Statuto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="radio"/> figlio proprio <input type="radio"/> figliastro <input type="radio"/> affiliato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="radio"/> figlio proprio <input type="radio"/> figliastro <input type="radio"/> affiliato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="radio"/> figlio proprio <input type="radio"/> figliastro <input type="radio"/> affiliato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="radio"/> figlio proprio <input type="radio"/> figliastro <input type="radio"/> affiliato

4. Indicazioni generali

4.1 Domicilio e attività lavorativa

Al di fuori della Svizzera ha già
- abitato?

sì no

- lavorato, studiato o prestato servizio militare?

sì no

dal	al	in
<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="text"/> Stato
<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="text"/> Stato

Per persone coniugate, vedove e divorziate, rispettivamente persone in unione domestica registrata, sciolta giudizialmente o a causa di decesso:

Il/la partner al di fuori della Svizzera ha già
- abitato?

sì no

- lavorato, studiato o prestato servizio militare?

sì no

dal	al	in
<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="text"/> Stato
<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="text"/> Stato

4.2 Richieste precedenti

Lei, il suo/la sua partner, rispettivamente il suo/la sua partner registrato/a ha già inoltrato una richiesta intesa ad ottenere prestazioni dall'assicurazione invalidità?

Per lei?

sì no

Per il/la suo(a) coniuge, rispettivamente per il/la suo(a) partner registrato(a)?

sì no

In caso affermativo, per quale prestazione e presso quale cassa di compensazione o ufficio AI?

4.3 Inabilità lavorativa

dal al in %

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

4.4 Assicurazioni

Si è annunciato o beneficia già di prestazioni

da un'assicurazione d'indennità giornaliera?

Nome e indirizzo dell'assicurazione, incluso il numero di riferimento

dalla SUVA o da un'altra assicurazione obbligatoria contro gli infortuni?

Nome e indirizzo dell'assicurazione, incluso il numero d'infortunio e/o numero di riferimento

dall'assicurazione militare?

Nome e indirizzo dell'assicurazione, incluso il numero d'infortunio

da un istituto di previdenza professionale?

Nome e indirizzo dell'istituto di previdenza

dall'ufficio del sostegno sociale?

Nome e indirizzo dell'ufficio del sostegno sociale

dall'assicurazione contro la disoccupazione o da un ufficio regionale di collocamento (URC)?

Nome e indirizzo della cassa disoccupazione (se è stata riconosciuta un'indennità disoccupazione) o dell'URC

dal al in %

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

Presso quale istituto di previdenza professionale (2. pilastro) era affiliato quando è insorta l'inabilità lavorativa oppure qual'è stato l'ultimo istituto presso cui è stato affiliato?

Nome e indirizzo dell'istituto di previdenza professionale

4.5 Case management

Siete seguito/a da un Case Manager?

sì no

In caso affermativo voglia indicare il nome, l'indirizzo e il numero di telefono del Case Manager

5. Indicazioni sulla formazione, professione e attività finora svolta

5.1 Lingua materna

5.2 Scuole frequentate

5.3 Formazione effettuata

Tipo di formazione

dal

al

Certificato

studio, apprendistato formazione
pratica in azienda, ecc

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

Attestato di capacità/diploma, ecc.

Nome e indirizzo dell'azienda presso cui ha svolto l'apprendistato

Tipo di formazione

dal

al

Certificato

studio, apprendistato formazione
pratica in azienda, ecc

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

Attestato di capacità/diploma, ecc.

Nome e indirizzo dell'azienda presso cui ha svolto l'apprendistato

5.4 Persone esercitanti attività lucrativa e persone con attività accessoria

Attuale/ultima attività principale, attività a tempo parziale o attività accessoria

Tipo di attività			% di occupazione		
dal		al		Stipendio lordo CHF	
gg, mm, aaaa		gg, mm, aaaa		ora, settimana, mese	
Nome e indirizzo del datore di lavoro					

Tipo di attività			% di occupazione		
dal		al		Stipendio lordo CHF	
gg, mm, aaaa		gg, mm, aaaa		ora, settimana, mese	
Nome e indirizzo del datore di lavoro					

5.5 Persone senza attività lucrativa

Tipo di attività	dal	al
casalinga, studente, ecc.	gg, mm, aaaa	gg, mm, aaaa
casalinga, studente, ecc.	gg, mm, aaaa	gg, mm, aaaa

6. Indicazioni sulle limitazioni dovute al danno alla salute

6.1 Indicazioni dettagliate a riguardo del danno alla salute

Da quando sussiste il danno?

6.2 Infortunio o origine del danno

Il danno alla salute è da ricondurre interamente o parzialmente a:

- Un infortunio (per es. circolazione stradale, nell'esercizio di un'attività professionale o sportiva, atto di violenza, ecc.)
- Un altro avvenimento (per es. possibile violazione delle regole dell'arte medica, infezione contratta in un ospedale, danni causati da animali o prodotti, tentativo di suicidio, ecc.)
- Una malattia

Osservazioni supplementari a riguardo dei fatti

6.3 Medico, ospedale o casa di cura

Voglia indicare il medico di famiglia così come altri medici curanti, ospedali o case di cura.

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

In cura fino al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

In cura fino al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

7. Modalità di pagamento

- Conto bancario Conto postale

Intestato a

nomi/cognomi

IBAN

CH

Nome e indirizzo della banca

8. Autorizzazione a fornire informazioni

In quanto titolare del diritto di presentare la richiesta di prestazioni, e con la firma di questo formulario, la persona assicurata o il/la suo/sua rappresentante legale autorizza le persone e gli enti indicati nella richiesta a fornire tutte le informazioni e a mettere a disposizione tutti i documenti, necessari per l'accertamento del diritto a prestazioni e di regresso. Queste persone ed enti sono soggetti all'obbligo di informare.

I datori di lavoro non segnatamente indicati, i fornitori di prestazioni secondo gli articoli 36–40 della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal), assicurazioni ed uffici amministrativi sono autorizzati, su richiesta, a fornire agli organi dell'Assicurazione invalidità tutte le informazioni e a mettere a disposizione tutti i documenti, necessari per l'accertamento del diritto a prestazioni e di regresso.

Con la firma di questo formulario il/la rappresentante legale della persona assicurata o il suo/la sua rappresentante autorizza anche avvocati/avvocatesse a rilasciare informazioni a riguardo del regresso verso terzi. Nell'ambito della presente autorizzazione, tutte le persone summenzionate e gli enti pubblici sono liberati dal segreto d'ufficio e dal segreto professionale da parte della persona assicurata verso gli organi dell'Assicurazione invalidità.

Questa autorizzazione conferisce diritto all'Assicurazione invalidità di informare gli interessati nell'ambito dell'integrazione (medici curanti, datori di lavoro, istituzioni).

9. Obbligo di cooperare

La persona assicurata si impegna ad intraprendere tutto quanto sia esigibile al fine di ridurre la durata e l'entità dell'inabilità lavorativa e di evitare l'insorgenza di un'invalidità.

Essa prende inoltre atto di essere tenuta a partecipare attivamente a tutti i provvedimenti esigibili.

10. Firma/allegati

Il/la sottoscritto(a) conferma che tutti i dati indicati in questo formulario e i rispettivi allegati sono completi e veritieri.

Data

Firma della persona assicurata o del rappresentante

Indirizzo del rappresentante se la persona assicurata non è in grado di firmare

Osservazioni

Alla domanda vanno allegati:

- copia di un documento personale ufficiale (p.es. libretto di famiglia, certificato individuale di stato civile o atto di famiglia, ricevute di documenti, passaporto, atto di unione domestica registrata) da cui può essere verificata l'identità di tutte le persone citate nella domanda di prestazioni
- per cittadini stranieri: copia del permesso per stranieri

Si accludano inoltre:

- attestati di formazione, attestazioni delle aziende formatrici, di scuole superiori e dei datori di lavoro, certificati medici, copia della sentenza di separazione coniugale o di divorzio arrecante il timbro di crescita in giudicato o copia della convenzione di divorzio o di separazione vidimata legalmente, copia dei certificati di nascita dei figli, certificato di esistenza in vita, certificato di morte, risoluzione di curatela e una descrizione degli obblighi e dei compiti

Per favore non unire i vostri documenti

11. Punto d'ingresso della domanda di prestazioni

La domanda di prestazioni va inoltrata all'Ufficio invalidità del cantone di domicilio.