

1. Mezzi ausiliari

Quali mezzi ausiliari (protesi, carrozzelle, ecc.) richiede?

Fornitore desiderato (prego allegare copia delle fatture/dei preventivi)

2. Generalità

2.1 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.

Stato civile

dal

gg, mm, aaaa

2.2 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°

2.3 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.

2.4 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

3. Indicazioni generali

3.1 Domicilio e attività lavorativa

E' mai stato(a) domiciliato(a) all'estero, ha mai lavorato/studiato o prestato servizio militare all'estero?

sì no

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

3.2 Richieste precedenti

Per la persona assicurata è già stata inoltrata in precedenza una richiesta volta ad ottenere prestazioni dall'assicurazione invalidità?

sì no

In caso affermativo, per quale prestazione e presso quale ufficio AI?

3.3 Assicurazioni

Si è annunciato o beneficia già di prestazioni:

(p.es. trattamento medico, provvedimenti integrativi, indennità giornaliera, rendita, mezzi ausiliari)

d'una cassa malati?

Nome e indirizzo dell'assicurazione (e competente agenzia), incluso il numero di riferimento

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

Nome e indirizzo dell'assicurazione (e competente agenzia), incluso il numero di riferimento

dall'assicurazione militare?

Nome e indirizzo dell'assicurazione (e competente agenzia), incluso il numero di riferimento

3.4 Cassa malati

Presso quale cassa malati è affiliato (assicurazione base)?

Nome e indirizzo

4. Indicazioni sulla formazione, professione e attività finora svolta

4.1 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

4.2 Persone senza attività lucrativa

Tipo di attività	dal	al
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
casalinga, studente, ecc.	gg, mm, aaaa	gg, mm, aaaa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
casalinga, studente, ecc.	gg, mm, aaaa	gg, mm, aaaa

4.3 Disoccupazione

Nome e indirizzo della cassa disoccupazione (se é stata riconosciuta un'indennità disoccupazione)

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

5. Indicazioni sulle limitazioni dovute al danno alla salute

5.1 Indicazioni dettagliate a riguardo del danno alla salute

Da quando sussiste il danno?

5.2 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

5.3 Medico, ospedale o casa di cura

Chi da ultimo ha prestato le cure mediche, rispettivamente chi ha ordinato il mezzo ausiliario richiesto?

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

gg, mm, aaaa

In cura fino al

gg, mm, aaaa

5.4 Mezzi ausiliari

Dispone già di mezzi ausiliari (protesi, carrozzella, ecc.)?

sì no

In caso affermativo, descrizione esatta?

dal

gg, mm, aaaa

6. Modalità di pagamento

Conto bancario Conto postale

Intestato a

IBAN

Nome e indirizzo della banca

7. 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).

8. 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:

- risoluzione di curatela e una descrizione degli obblighi e dei compiti, copia di fatture, preventivi dei costi, certificati medici

Per favore non unire i vostri documenti

9. Punto d'inoltro della domanda di prestazioni

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