

Richiesta per minorenni: Provvedimenti sanitari, provvedimenti di ordine professionale e mezzi ausiliari



1. Prestazione richiesta

Quali prestazioni assicurative sono richieste?

- Provvedimenti sanitari, p.es. in caso di infermità congenita
 Provvedimenti d'integrazione professionale
 Mezzi ausiliari (protesi, carrozzella, ecc.)

Quali mezzi ausiliari?

Fornitore richiesto (si prega di allegare la copia di fatture, preventivi dei costi)

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

756

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

Esiste una tutela?

sì no

Se sì, nome e indirizzo del curatore rispettivamente del tutore

Allegare alla richiesta una copia della risoluzione di curatela/tutela e una descrizione degli obblighi e dei compiti.

2.4 Cittadinanza

Cittadini/e svizzeri/e

Comune di appartenenza/cantone

Naturalizzazione dal

Cittadini stranieri

Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

3. Generalità dei genitori

3.1 Madre

3.1.1 Dati personali

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.

Stato civile

Eventuale data di decesso

gg, mm, aaaa

3.1.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

E-Mail

3.1.3 Cittadinanza

Cittadini/e svizzeri/e
Comune di appartenenza/cantone

Naturalizzazione dal

gg, mm, aaaa

Cittadini stranieri
Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

gg, mm, aaaa

3.2 Padre

3.2.1 Dati personali

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.

Stato civile

Eventuale data di decesso

gg, mm, aaaa

3.2.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

E-Mail

3.2.3 Cittadinanza

Cittadini/e svizzeri/e
Comune di appartenenza/cantone

Naturalizzazione dal

gg, mm, aaaa

Cittadini stranieri
Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

gg, mm, aaaa

3.3 Diritto di tutela

Se i genitori vivono separati o se sono divorziati: a chi è stato conferito il diritto di tutela?

Per favore vogliate allegare una copia del relativo atto giuridico/amministrativo

ad ambedue

madre

padre

Per genitori non sposati o in caso di affidamento congiunto: a chi deve essere inoltrata la corrispondenza?

madre

padre

4. Indicazioni sulla formazione/attività della persona assicurata

4.1 Scuola frequentata attualmente

Descrizione e indirizzo della scuola

dal

gg, mm, aaaa

4.2 Scuola frequentata in precedenza

Descrizione e indirizzo della scuola

dal

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

4.3 Formazione

Suo figlio sta seguendo una prima formazione professionale o è in previsione un tirocinio?

sì no

Tipo di formazione

Inizio e durata della formazione

Ragione sociale dell'azienda formatrice o nome dell'istituto scolastico

NAP, Luogo

Via, n°

La disabilità comporta spese suppletive nell'ambito della prima formazione?

sì no

Indicazioni precise sulle spese suppletive dettagliate

4.4 Attività lavorativa

Suo figlio ha già svolto un'attività lavorativa?

sì no

Tipo di attività

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Dal / al

5. Indicazioni generali

5.1 Richieste precedenti

Per suo/a figlio/a é già stata inoltrata una richiesta di prestazioni per l'assicurazione invalidità?

sì no

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

5.2 Assicurazioni

Suo figlio é annunciato, rispettivamente riceve prestazioni?

dalla SUVA?

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

da un'altra assicurazione nell'ambito dell'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

5.3 Cassa malati

Presso quale cassa malati é assicurato/a suo/a figlio/a (assicurazione di base)?

Nome e indirizzo

5.4 Autorità e istituzioni

Quali enti o istituzioni si sono già occupati della sua disabilità (autorità scolastiche, psicologico scolastico, consulenza educativa, uffici di orientamento professionale, enti sociali pubblici e privati, uffici del lavoro, SUVA, ecc.)?

Nome e indirizzo

Quando?

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

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

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

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

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

6.4 Mezzi ausiliari

Suo figlio é già in possesso di mezzi ausiliari (p.e. protesi, carrozzella)?

sì no

Se sì, di quali:

Da quando?

gg, mm, aaaa

6.5 Osservazioni complementari

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

Dagli interessati ci si aspetta che intraprendano tutto il necessario al fine di evitare l'insorgenza di un'invalidità.

10. Firma/allegati

Il/la sottoscritta conferma che tutti i dati indicati in questo formulario e i rispettivi documenti allegati sono veritieri.

Data

Firma della persona assicurata o del rappresentante

Osservazioni

Alla domanda vanno allegati:

- copia di un documento personale ufficiale (p.es. atto di nascita, libretto di famiglia, ricevuta di documenti), da cui può essere verificata l'identità di tutte le persone citate nella domanda di prestazioni
- per cittadini stranieri: copia del permesso per stranieri della persona assicurata e dei suoi genitori

Si accludano inoltre:

- Copia di attestati di formazione e attestazioni delle aziende formatrici e dei datori di lavoro, certificati medici, risoluzione di curatela o di tutela e una descrizione degli obblighi e dei compiti, atto relativo al diritto di tutela, certificato di morte
- Copia delle fatture o preventivi per i mezzi ausiliari

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.