

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.

Stato civile

dal

gg, mm, aaaa

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°

In caso di soggiorno in ospedale o in casa di cura

Data d'entrata

gg, mm, aaaa

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 appartenenza/cantone

Naturalizzazione dal

gg, mm, aaaa

Cittadini stranieri
Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

gg, mm, aaaa

2. Indicazioni generali

2.1 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?

3. Indicazioni sulle limitazioni dovute al danno alla salute

3.1 Indicazioni dettagliate a riguardo del danno alla salute

Da quando sussiste il danno?

3.2 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

3.3 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

gg, mm, aaaa

In cura fino al

gg, mm, aaaa

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

gg, mm, aaaa

In cura fino al

gg, mm, aaaa

4. Indicazioni sulla grande invalidità

4.1 Atti ordinari della vita

A causa della grande invalidità e malgrado l'uso di mezzi ausiliari, necessita dell'aiuto diretto ("fisico") o indiretto (stimolazione), regolare e notevole da parte di terzi per compiere i seguenti atti ordinari della vita? Voglia descrivere il tipo dell'aiuto di terzi nel modo più preciso possibile. Inoltre voglia indicare da quando (mese/anno) e in che misura l'aiuto viene prestato, al giorno, rispettivamente alla settimana.

Vestirsi/svestirsi

sì no

dal (mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

Alzarsi/sedersi/coricarsi

sì no

dal (mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

Mangiare (tagliare il cibo/portare il cibo alla bocca)

sì no

dal (mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

Cura del corpo (lavarsi, pettinarsi, radersi, fare il bagno/doccia)

sì no

dal (mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

Fare i propri bisogni (pulizia dopo essere andato alla toilette, riordinare i vestiti dopo essere andato alla toilette, cateterizzazione o simili)

sì no

dal (mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

Spostarsi/Mantenimento dei contatti sociali (in casa/all'aperto)

sì no

dal (mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

4.2 Cure infermieristiche

Necessita di cure infermieristiche (p.es. preparare o somministrazione giornaliera di medicinali, cambi di medicazioni, ecc.)?

sì no

In caso affermativo, in quale forma e in quali ambiti?

Da quando sussiste la necessità di cure infermieristiche in questa misura?

mm, aaaa

Chi ha prestato/presta questo aiuto (prima e/o dopo il ricovero in ospedale o casa di cura)?

Nome dell'istituto

NAP, Luogo

Via, n°

4.3 Sorveglianza personale

E' possibile rimanere da solo per almeno una o due ore al giorno?

sì no

Se no, per favore motivare:

Da quando sussiste la necessità di cure infermieristiche in questa misura?

mm, aaaa

Chi provvede alla sorveglianza?

Nome dell'istituto

NAP, Luogo

Via, n°

4.4 Degenza

È degente a letto?

sì no

Mediamente per quante ore al giorno può lasciare il letto?

4.5 Mezzi ausiliari

Sono disponibili mezzi ausiliari?

sì no

In caso affermativo, quali?

5. Indicazioni sull'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana per adulti che non risiedono in una struttura specifica

5.1 Accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana

A causa delle limitazioni imposte dal danno alla salute necessita di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana?

sì no

Sono necessarie prestazioni assistenziali, le quali le permettono di abitare autonomamente?

sì no

In caso affermativo, da quando e in quale forma?

Necessita di accompagnamento per i contatti ed il disbrigo di attività al di fuori dell'abitazione?

sì no

In caso affermativo, da quando e in quale forma?

Necessita della presenza di un terzo per evitare un isolamento?

sì no

In caso affermativo, da quando e in quale forma?

5.2 Servizio specializzato

Voglia rispondere alle seguenti domande se è portatore/trice di disturbi psichici.

Ha già avuto contatti con un servizio specializzato (ad es. servizio di consulenza)?

sì no

Nome della struttura

NAP, Luogo

Via, n°

5.3 Prestazione d'aiuto

Chi presta aiuto e in quale forma?

Nome/Struttura

NAP, Luogo

Via, n°

Durante quante ore alla settimana?

da quando?

gg, mm, aaaa

5.4 Formulario compilato

Questo formulario è stato compilato da:

Nome dell'istituto

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

Cellulare

6. Modalità di pagamento

Conto bancario Conto postale

Intestato a

nomi, cognomi

IBAN

Nome e indirizzo della banca e della filiale

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 la 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.

8. Firma/allegati

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

Data

Firma del rappresentante legale della persona assicurata

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

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), indicanti le generalità
- per cittadini stranieri: copia del permesso per stranieri

Si accludano inoltre:

- risoluzione di curatela e una descrizione degli obblighi e dei compiti, rapporto di ammissione o di uscita per persone per residenti in un istituto, 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.