

## 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°

### 1.3 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.

## 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. Generalità dei genitori della persona assicurata

---

### 2.1 Madre

#### 2.1.1 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

#### 2.1.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

E-Mail

#### 2.1.3 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

## 2.2 Padre

### 2.2.1 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

### 2.2.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

E-Mail

### 2.2.3 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

## 2.3 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

## 3. Indicazioni generali

### 3.1 Richieste precedenti

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

sì  no

Se sì, presso quale ufficio AI?

#### 4. Indicazioni sulle limitazioni dovute al danno alla salute

##### 4.1 Indicazioni dettagliate a riguardo del danno alla salute

Da quando sussiste il danno?

##### 4.2 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

##### 4.3 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

In cura fino al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

## 5. Indicazioni sulla grande invalidità

### 5.1 Atti ordinari della vita

A causa della grande invalidità e malgrado l'uso di mezzi ausiliari, suo/a figlio/a 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)

### 5.2 Prestazione d'aiuto

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

Nome della struttura

NAP, Luogo

Via, n°

### 5.3 Aiuto duraturo

Suo/a figlio/a necessita di cure infermieristiche (p.es. nei cambi di medicazione, 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

### 5.4 Sorveglianza personale

E' possibile lasciare il bambino 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°

### 5.5 Mezzi ausiliari

Sono disponibili mezzi ausiliari?

sì  no

In caso affermativo, quali?

## 6. Modalità di pagamento

Conto bancario  Conto postale

Intestato a

nomi, cognomi

IBAN

CH

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 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.

## 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

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 allegano inoltre:

- risoluzione di tutela o 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, atto relativo al diritto di tutela

**Per favore non unire i vostri documenti**

## 9. Punto d'ingresso della domanda di prestazioni

---

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