

## 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 Cassa malati

Presso quale cassa malati è affiliato (assicurazione base)?

### 1.5 Situazione abitativa

Abita:

- solo/a
- con i genitori
- con partner/coniuge

con bambini?                      Numero?                     

con altre persone?                      Con chi?                     

In un istituto?                      Data dell'entrata                     

Con il contributo per l'assistenza ha intenzione di cambiare la sua forma abitativa, rispettivamente di lasciare l'istituto?

- sì    no

Avete delle idee concrete e per quando?

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

---

#### 2.1 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

### 3. Indicazioni sulla situazione lavorativa e sulle attività svolte

---

#### 3.1 Attività lucrativa

Esercita un'attività lucrativa?

sì  no  vorrei lavorare grazie al contributo per l'assistenza

Se sì, nome e indirizzo del datore di lavoro?

Reddito lordo in CHF (Orario, settimanale, mensile)

% di occupazione

#### 3.2 Formazione

E' in formazione?

sì  no  vorrei seguire una formazione grazie al contributo l'assistenza

Se sì, tipo di formazione e nome del centro di formazione?

% di occupazione?

### 4. Modalità di pagamento

---

Conto bancario  Conto postale

Intestato a

nomi/cognomi

IBAN

Nome e indirizzo della banca

## 5. 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.

## 6. 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:

- Risoluzione di curatela e una descrizione degli obblighi e dei compiti
- Conferma di uscita dall'istituto

### Per lavoratori indipendenti:

- ultima decisione della cassa di compensazione indicante il reddito da attività indipendente

**Per favore non unire i vostri documenti**

## 7. Punto d'inoltro della domanda di prestazioni

---

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