

## 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°

## 2. Figli

Figli in età inferiore ai 16 anni, per i quali vi sono dei costi supplementari durante il provvedimento integrativo.

Cognome	Nome	Data di nascita	Sesso	in formazione	Status
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> figlio proprio <input type="checkbox"/> figliastro <input type="checkbox"/> affiliato
		gg, mm, aaaa			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> figlio proprio <input type="checkbox"/> figliastro <input type="checkbox"/> affiliato
		gg, mm, aaaa			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> figlio proprio <input type="checkbox"/> figliastro <input type="checkbox"/> affiliato
		gg, mm, aaaa			

f  
 m

sì  
 no

figlio proprio  
 figliastro  
 affiliato

gg, mm, aaaa

Si prega di allegare le risoluzioni (autorizzazioni al rapporto di filiazione).

Per il minore in affidamento ha finora ricevuto un sussidio per le spese di vitto e alloggio o prestazioni di assistenza?

sì  no

Da chi?

Genere e importo delle prestazioni

### 3. Accrediti per compiti assistenziali

#### 3.1

Indicazioni su parenti o membri della famiglia con diritto al computo di accrediti per compiti assistenziali.

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

#### 3.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NAP, Luogo

Via, n°

### 4. Spese

Si rimborsano esclusivamente quelle spese causate dal fatto che i figli non possono essere accuditi personalmente durante il provvedimento integrativo. Le spese sostenute devono essere comprovate tramite un giustificativo. Senza le rispettive pezze giustificative/attestazioni non si effettuerà alcun rimborso.

#### Spese per i pasti consumati fuori casa

CHF

Indicare precisamente di che cosa si tratta

#### Spese di viaggio e di alloggio per i figli custoditi o assistiti da terzi

CHF

Luogo e genere del collocamento?

#### Retribuzione per aiuti familiari o domestici

CHF

Nome e indirizzo della persona che presta assistenza

### Tasse per asili nido, scuole diurne e doposcuola

CHF  Indicare precisamente di che cosa si tratta

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

### Spese di viaggio di terzi che custodiscono o assistono i figli o i familiari

CHF  Nome e indirizzo della persona che provvede alla custodia

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

### Altre spese

CHF  Indicare precisamente di che cosa si tratta

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

## 5. Modalità di pagamento

---

I costi di custodia e di assistenza vengono pagati direttamente alla persona assicurata.

Conto bancario  Conto postale

Intestato a

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

nomi, cognomi

IBAN

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

Nome e indirizzo della banca

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

## 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

Osservazioni

**Alla domanda vanno allegati:**

- Copie degli attestati di nascita dei figli e delle risoluzioni (autorizzazioni al rapporto di filiazione)
- Pezze giustificative dei costi supplementari di custodia e di assistenza dei figli o di familiari

**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.