

1. Generalità

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

756

13 cifre. Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

Stato civile

dal

gg, mm, aaaa

Età dei figli

Numero di telefono

E-Mail

Attuale luogo di residenza (se diverso dal domicilio legale)

NAP, Luogo

Via, n°

2. Indicazioni sullo stato di salute

2.1 Stato di salute attuale

Il suo stato di salute è rimasto invariato?

sì no

Il suo stato di salute è

migliorato peggiorato

da quando?

In che cosa consiste l'eventuale cambiamento?

Il peggioramento dello stato di salute è stato causato parzialmente o interamente da una terza persona?

sì no

2.2 Medico, ospedale o casa di cura

Presso chi si trova in cura attualmente? (Per l'esecuzione della revisione necessitiamo di informazioni mediche sullo stato di salute attuale)

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

gg, mm, aaaa

Data dell'ultimo controllo

gg, mm, aaaa

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

gg, mm, aaaa

Data dell'ultimo controllo

gg, mm, aaaa

2.3 Aiuto di terzi

Negli atti della vita quotidiana (vestirsi/svestirsi, alzarsi/sedersi/corricarsi, mangiare, pulizia personale, espletare i bisogni corporali, spostarsi) necessita dell'aiuto regolare e notevole di terzi oppure necessita di un aiuto nello strutturare la giornata?

sì no

In quali ambiti e da quando?

3. Indicazioni riguardanti l'attività

3.1 Tipo di attività

Lei é

dipendente

indipendente

nella propria economia domestica

senza attività lucrativa

Persone con attività lucrativa dipendente (a tempo pieno o parziale)

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Nota: L'AI richiede al suo datore di lavoro informazioni in merito al suo rapporto lavorativo.

Persone con attività lucrativa indipendente

A quanto ammonta il reddito conseguito negli ultimi tre anni?

Anno

CHF

Voglia allegare a questo formulario la documentazione contabile.

3.2 Attività di volontariato

Svolge un'attività di volontariato (anche senza remunerazione)?

sì no

Quale?

Ricopre una carica politica e/o pubblica (anche senza remunerazione)?

sì no

Quale?

3.3 Tempo lavorativo

Nel caso in cui vi sia stato un cambiamento dello stato di salute dal momento del conferimento della rendita o dall'ultima verifica.

Prima del cambiamento

Dopo il cambiamento

Ore al giorno

Ore alla settimana

Ore al giorno

Ore alla settimana

Da quando

3.4 Cambiamenti lavorativi

Vi sono stati dei cambiamenti lavorativi per motivi di salute dal momento del conferimento della rendita o dall'ultima revisione?

sì no

Quali?

3.5 Prestazioni del 2° pilastro

Riceve prestazioni da parte di un istituto del 2° pilastro (cassa pensione, istituto di previdenza professionale, ecc.)?

Nome e indirizzo dell'istituto

4. Autorizzazione a fornire informazioni

Con la firma di questo formulario la persona assicurata o il/la suo/sua rappresentante legale autorizza le persone o 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.

Questa autorizzazione conferisce inoltre diritto all'Assicurazione Invalidità di informare gli interessati nell'ambito dell'integrazione (medici curanti, datori di lavoro, istituzioni).

5. 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 complementari

6. Punto d'inoltro del questionario

Il formulario é da ritornare all'Ufficio AI del cantone di domicilio della persona assicurata.