

Fattura per assegno grandi invalidi (AGI) e supplemento per cure intensive (SCI)

Data della fattura

Persona assicurata

Cognome, nome

Numero AVS (756.xxxx.xxxx.xx)

Via, n°

NAP, luogo

Emittente della fattura

Cognome, nome (nel caso in cui non sia la persona assicurata)

E-Mail, Numero di telefono (per eventuali chiarimenti)

Via, n°

NAP, luogo

Conteggio

GLN (se disponibile)

Numero della decisione/comunicazione

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x)

Cognome, nome dell'intestatario del conto (nel caso in cui non sia l'emittente della fattura)

Via, N° dell'intestatario del conto

NAP, luogo dell'intestatario del conto

Periodo di fatturazione	Anno: _____	<input type="checkbox"/> gennaio / febbraio / marzo <input type="checkbox"/> aprile / maggio / giugno		<input type="checkbox"/> luglio / agosto / settembre <input type="checkbox"/> ottobre / novembre / dicembre			
La notte è stata trascorsa	Grado AGI / SCI	Data (da/a)	Numero di notti	Importo AGI	Importo SCI	Tariffa 923 / cifra tariffale	Importo in CHF
a casa in famiglia o in una famiglia affidataria (Corrisponde alla colonna 1a)	AGI Lieve			<input type="checkbox"/> 16.80		671	
	AGI Medio			<input type="checkbox"/> 42.00		672	
	AGI Elevato			<input type="checkbox"/> 67.20		673	
	SCI + 4 ore				<input type="checkbox"/> 33.60	670.4	
	SCI + 6 ore				<input type="checkbox"/> 58.80	670.6	
	SCI + 8 ore				<input type="checkbox"/> 84.00	670.8	
in un ospedale (soggiorni di meno di un mese civile o con la conferma che la presenza dei genitori è necessaria ed è effettivamente avvenuta)* (Corrisponde alla colonna 1b)	AGI Lieve			<input type="checkbox"/> 16.80		681	
	AGI Medio			<input type="checkbox"/> 42.00		682	
	AGI Elevato			<input type="checkbox"/> 67.20		683	
	SCI + 4 ore				<input type="checkbox"/> 33.60	680.4	
	SCI + 6 ore				<input type="checkbox"/> 58.80	680.6	
	SCI + 8 ore				<input type="checkbox"/> 84.00	680.8	
in istituto (se le spese del soggiorno sono a carico dei genitori)** (Corrisponde alla colonna 1c)	AGI Lieve			<input type="checkbox"/> 16.80		674	
	AGI Medio			<input type="checkbox"/> 42.00		675	
	AGI Elevato			<input type="checkbox"/> 67.20		676	
	SCI + 4 ore				<input type="checkbox"/> 33.60	690.4	
	SCI + 6 ore				<input type="checkbox"/> 58.80	690.6	
	SCI + 8 ore				<input type="checkbox"/> 84.00	690.8	

Persona assicurata

Cognome, nome

Numero AVS (756.xxxx.xxxx.xx)

La notte è stata trascorsa	Grado	Data (da/a)	Numero di notti	Importo AGI	Importo SCI	Tariffa 923 / cifra tariffale	Importo in CHF
In un istituto per l'esecuzione di provvedimenti d'integrazione (se l'assegno per grandi invalidi viene versato come caso speciale) (Corrisponde alla colonna 1/4d)	AGI Lieve			<input type="checkbox"/> 4.20		671.4	

Totale in CHF

* Allegare conferma

**Allegare fattura dell'istituto

Foglio di controllo per il diritto ad un assegno per grande invalido (evtl. supplemento per cure intensive)

Voglia per favore crociare i giorni corrispondenti al luogo di residenza di suo figlio secondo le indicazioni segnate alla fine del formulario fattura. Determinante è il luogo dove viene trascorsa la notte (luogo di entrata seguito da pernottamento).

Mese Anno					
	1a	1b	-	1c	1/4d
1	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>				
5	<input type="checkbox"/>				
6	<input type="checkbox"/>				
7	<input type="checkbox"/>				
8	<input type="checkbox"/>				
9	<input type="checkbox"/>				
10	<input type="checkbox"/>				
11	<input type="checkbox"/>				
12	<input type="checkbox"/>				
13	<input type="checkbox"/>				
14	<input type="checkbox"/>				
15	<input type="checkbox"/>				
16	<input type="checkbox"/>				
17	<input type="checkbox"/>				
18	<input type="checkbox"/>				
19	<input type="checkbox"/>				
20	<input type="checkbox"/>				
21	<input type="checkbox"/>				
22	<input type="checkbox"/>				
23	<input type="checkbox"/>				
24	<input type="checkbox"/>				
25	<input type="checkbox"/>				
26	<input type="checkbox"/>				
27	<input type="checkbox"/>				
28	<input type="checkbox"/>				
29	<input type="checkbox"/>				
30	<input type="checkbox"/>				
31	<input type="checkbox"/>				

Mese Anno					
	1a	1b	-	1c	1/4d
1	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>				
5	<input type="checkbox"/>				
6	<input type="checkbox"/>				
7	<input type="checkbox"/>				
8	<input type="checkbox"/>				
9	<input type="checkbox"/>				
10	<input type="checkbox"/>				
11	<input type="checkbox"/>				
12	<input type="checkbox"/>				
13	<input type="checkbox"/>				
14	<input type="checkbox"/>				
15	<input type="checkbox"/>				
16	<input type="checkbox"/>				
17	<input type="checkbox"/>				
18	<input type="checkbox"/>				
19	<input type="checkbox"/>				
20	<input type="checkbox"/>				
21	<input type="checkbox"/>				
22	<input type="checkbox"/>				
23	<input type="checkbox"/>				
24	<input type="checkbox"/>				
25	<input type="checkbox"/>				
26	<input type="checkbox"/>				
27	<input type="checkbox"/>				
28	<input type="checkbox"/>				
29	<input type="checkbox"/>				
30	<input type="checkbox"/>				
31	<input type="checkbox"/>				

Mese Anno					
	1a	1b	-	1c	1/4d
1	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>				
5	<input type="checkbox"/>				
6	<input type="checkbox"/>				
7	<input type="checkbox"/>				
8	<input type="checkbox"/>				
9	<input type="checkbox"/>				
10	<input type="checkbox"/>				
11	<input type="checkbox"/>				
12	<input type="checkbox"/>				
13	<input type="checkbox"/>				
14	<input type="checkbox"/>				
15	<input type="checkbox"/>				
16	<input type="checkbox"/>				
17	<input type="checkbox"/>				
18	<input type="checkbox"/>				
19	<input type="checkbox"/>				
20	<input type="checkbox"/>				
21	<input type="checkbox"/>				
22	<input type="checkbox"/>				
23	<input type="checkbox"/>				
24	<input type="checkbox"/>				
25	<input type="checkbox"/>				
26	<input type="checkbox"/>				
27	<input type="checkbox"/>				
28	<input type="checkbox"/>				
29	<input type="checkbox"/>				
30	<input type="checkbox"/>				
31	<input type="checkbox"/>				

La legenda si trova sul retro

Voglia inviare questo formulario all'Ufficio AI competente.
Visto dell'ufficio AI:

1a: Vive a casa

giorni in cui il bambino pernotta a casa o presso una famiglia affidataria.

1b: Degenze ospedaliere:

Degenze inferiori ad un mese civile intero o con la conferma dell'ospedale che la presenza dei genitori era necessaria ed è effettivamente avvenuta (allegare conferma).

-: Nessun assegno:

Soggiorni stazionari in ospedale o clinica superiori ad un mese civile intero, provvedimenti d'integrazione interni a carico dell'AI, soggiorno in istituto e scuola speciale (compreso il soggiorno per sgravare i genitori non interamente a carico dei genitori).

1c: Soggiorno in istituto/Soggiorno per sgravare i genitori:

giorni in cui il bambino pernotta in istituto o soggiorno per sgravare i genitori e per i quali le spese sono a carico dei genitori. Dovrà essere allegata la fattura del soggiorno.

1d: Caso speciale per soggiorni in internato secondo l'art. 42, cpv. 5 LAI:

i minorenni che si trovano in un istituto e ricevono un assegno per grandi invalidi a norma dell'art. 37, cpv. 3d OAI secondo il quale devono essere forniti servizi considerevoli nell'ambito del mantenimento dei contatti sociali.