Elimina le voci

Può compilare questo formulario con il computer: prima deve salvare il formulario vuoto sul suo computer e aprirlo. Per riempirlo necessita della versione attuale di Adobe Reader (Download gratuito: http://get.adobe.com/it/reader).

Assicurazione per l'invalidità

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:	☐ gennaio / febbraio / marzo ☐ aprile / maggio / giugno		☐ luglio / agosto / settembre ☐ 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	AGI Lieve			☐ 16.35		671	
	AGI Medio			☐ 40.85		672	
	AGI Elevato			☐ 65.35		673	
	SCI + 4 ore				☐ 32.65	670.4	
	SCI + 6 ore				☐ 57.15	670.6	
	SCI + 8 ore				☐ 81.65	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)*	AGI Lieve			☐ 16.35		681	
	AGI Medio			☐ 40.85		682	
	AGI Elevato			☐ 65.35		683	
	SCI + 4 ore				☐ 32.65	680.4	
	SCI + 6 ore				☐ 57.15	680.6	
	SCI + 8 ore				☐ 81.65	680.8	
in istituto (se le spese del soggiorno sono a carico dei genitori)**	AGI Lieve			☐ 16.35		674	
	AGI Medio			☐ 40.85		675	
	AGI Elevato			☐ 65.35		676	
	SCI + 4 ore				☐ 32.65	690.4	
	SCI + 6 ore				☐ 57.15	690.6	
	SCI + 8 ore				☐ 81.65	690.8	

Versicherte Person

Name, Vorname

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 dell'AI	AGI Lieve			☐ 4.10		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. In ogni caso è determinante il luogo dove viene trascorsa la notte; ciò significa che possono essere segnati i giorni come giorni interi, quando il bambino vi trascorre anche la notte (giorno di dimissione dalla scuola speciale in internato, non però il giorno di ammissione). Voglia allegare il foglio di controllo al formulario fattura.

Mese Anno

	1a	1b	-	1/4a	1c
1	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐	☐	☐
13	☐	☐	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐	☐	☐
16	☐	☐	☐	☐	☐
17	☐	☐	☐	☐	☐
18	☐	☐	☐	☐	☐
19	☐	☐	☐	☐	☐
20	☐	☐	☐	☐	☐
21	☐	☐	☐	☐	☐
22	☐	☐	☐	☐	☐
23	☐	☐	☐	☐	☐
24	☐	☐	☐	☐	☐
25	☐	☐	☐	☐	☐
26	☐	☐	☐	☐	☐
27	☐	☐	☐	☐	☐
28	☐	☐	☐	☐	☐
29	☐	☐	☐	☐	☐
30	☐	☐	☐	☐	☐
31	☐	☐	☐	☐	☐

Mese Anno

	1a	1b	-	1/4a	1c
1	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐	☐	☐
13	☐	☐	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐	☐	☐
16	☐	☐	☐	☐	☐
17	☐	☐	☐	☐	☐
18	☐	☐	☐	☐	☐
19	☐	☐	☐	☐	☐
20	☐	☐	☐	☐	☐
21	☐	☐	☐	☐	☐
22	☐	☐	☐	☐	☐
23	☐	☐	☐	☐	☐
24	☐	☐	☐	☐	☐
25	☐	☐	☐	☐	☐
26	☐	☐	☐	☐	☐
27	☐	☐	☐	☐	☐
28	☐	☐	☐	☐	☐
29	☐	☐	☐	☐	☐
30	☐	☐	☐	☐	☐
31	☐	☐	☐	☐	☐

Mese Anno

	1a	1b	-	1/4a	1c
1	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐	☐	☐
13	☐	☐	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐	☐	☐
16	☐	☐	☐	☐	☐
17	☐	☐	☐	☐	☐
18	☐	☐	☐	☐	☐
19	☐	☐	☐	☐	☐
20	☐	☐	☐	☐	☐
21	☐	☐	☐	☐	☐
22	☐	☐	☐	☐	☐
23	☐	☐	☐	☐	☐
24	☐	☐	☐	☐	☐
25	☐	☐	☐	☐	☐
26	☐	☐	☐	☐	☐
27	☐	☐	☐	☐	☐
28	☐	☐	☐	☐	☐
29	☐	☐	☐	☐	☐
30	☐	☐	☐	☐	☐
31	☐	☐	☐	☐	☐

La legenda si trova sul retro

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

1a: Assegno per grande invalido e evtl. supplemento per cure intensive

Giorni in cui il bambino dorme a casa o presso la famiglia affidataria.

1b: Assegno per grande invalido e evtl. supplemento per cure intensive

Giorni in cui il bambino trascorre la notte in un ospedale ma conserva il diritto all'assegno per grande invalido ed eventualmente al supplemento per le cure intensive (soggiorni di meno di un intero mese civile o con una conferma dell'ospedale, indicante che la presenza dei genitori è necessaria ed è effettivamente avvenuta).

1c: Assegno per grande invalido e evtl. supplemento per cure intensive

Giorni in cui il bambino trascorre la notte in istituto (soggiorno per collocamento temporaneo) per il quale i genitori si assumono la totalità dei costi. Allegare la fattura dell'istituto.

-: Nessun assegno:

Soggiorno stazionario in ospedale o clinica, provvedimenti reintegrativi dell'AI, soggiorno in istituto o scuola speciale (inclusi i soggiorni di sostegno).

¼a: Casi particolari per soggiorni in istituzioni secondo l'art. 42, cpv. 5 LAI:

Riguarda i minorenni con un grave danno agli organi sensori o una grave infermità fisica che possono mantenere i contatti sociali solo grazie a servizi regolari e considerevoli di terzi.