

scelta cantone

Sua richiesta:

La invitiamo a compilare accuratamente

Questo modulo è atto alla richiesta di prestazioni. Possiamo procedere con la valutazione della sua richiesta

solo se il modulo è compilato in modo completo e preciso. In caso di necessità non esiti a chiedere spiegazioni.

La compilazione errata del modulo o la mancanza di documenti causano il dispendio di tempo prezioso.

I nostri suggerimenti per la compilazione del modulo di richiesta:

- 1** Legga il modulo in tutta calma.
- 2** Evidenzi le domande che non le sono chiare.
- 3** Prenda atto del fatto che vi sono delle risposte che andranno completate con della documentazione. Raccolga questa documentazione prima di compilare il modulo.

Tre domande dopo la compilazione del modulo di richiesta:

- Ha risposto in modo esaustivo a tutte le domande?
- Il modulo è stato firmato?
- Ha accluso tutti i documenti necessari?

Questo modulo può anche essere scaricato dalla nostra pagina web.

Se necessita di aiuto nel rispondere alle domande, non esiti a telefonarci. Siamo lieti di aiutarla.

Presentiamo i nostri più distinti saluti.

Richiesta per adulti: Mezzi ausiliari

Quali mezzi ausiliari (protesi, carrozzelle, ecc.) richiede?

Fornitore desiderato (prego allegare copia delle fatture/dei preventivi)

1. Generalità

> 1.1

Nomi (tutti i nomi, si scriva in maiuscolo quello comunemente in uso)

> 1.2

Cognome (coniugate o vedove indichino anche il cognome da nubile)

Genere

> 1.3

Data di nascita (giorno/mese/anno)

Numero d'assicurato (756...13 cifre)

> 1.4

Domicilio legale e indirizzo completo

NAP, luogo

Via, n°

Numero di telefono

Cellulare

Attuale luogo di residenza (se diverso dal domicilio legale, p.es. ospedale o casa di cura)

Nome dell'istituto

NAP, luogo

Via, n°

> 1.5

Esiste una tutela?

sì

no

Una curatela?

sì

no

In caso affermativo, nome, cognome e indirizzo del tutore o curatore

Sede dell'autorità tutoria

Alleggi a questa domanda una copia della risoluzione di tutela o di curatela, redatta dalla commissione tutoria regionale.

> **1.6**

Attinenza di cittadini svizzeri
Comune di attinenza/cantone

Naturalizzazione dal

--	--

Attinenza di cittadini stranieri
Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

--	--

> **1.7**

Stato civile (prego contrassegnare con una crocetta e fornire tutte le date in modo preciso)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> celibe/nubile | <input type="checkbox"/> unione domestica registrata |
| <input type="checkbox"/> coniugato(a) | <input type="checkbox"/> unione domestica registrata sciolta in seguito a decesso |
| <input type="checkbox"/> vedovo(a) | <input type="checkbox"/> unione domestica registrata sciolta giudizialmente |
| <input type="checkbox"/> divorziato(a) | <input type="checkbox"/> unione domestica registrata in regime di separazione giudiziale |
| <input type="checkbox"/> separato(a) legalmente | |

dal

--

2. Indicazioni generali

> **2.1**

È stato domiciliato all'estero?

- sì no

Dal (mese/anno)

al (mese/anno)

in (Stato)

Dal (mese/anno)	al (mese/anno)	in (Stato)

> **2.2**

Ha già inoltrato una richiesta di prestazioni dell'AI?

- sì no

In caso affermativo, presso quale ufficio AI?

--

> **2.3**

Ha già beneficiato di prestazioni da parte dell'AVS o dell'AI (rendite o altre prestazioni)?

- sì no

In caso affermativo, di quali?

--

In caso affermativo, presso quale Ufficio AI o Cassa di compensazione?

--

> **2.4**

Si è annunciato o beneficia già di prestazioni

(p.es. trattamento medico, provvedimenti integrativi, indennità giornaliera, rendita, mezzi ausiliari)

- da un'assicurazione per il versamento di indennità giornaliera in caso di malattia?
- dalla SUVA?
- da un'altra assicurazione nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni?
- dall'assicurazione militare?

In caso affermativo, nome e indirizzo dell'assicurazione (e competente agenzia)

Riferimento (p.es. n° infortunio, genere di danno, indennità giornaliera o numero della rendita)

Presso quale cassa malati è affiliato? (assicurazione base)

3. Indicazioni sull'attuale attività lucrativa

> **3.1**

Persone esercitanti un'attività lucrativa

Attività principale (attività accessoria vedasi cifra 4.2)

Tipo di attività | % di occupazione

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Durata dal | al | Stipendio lordo CHF (ora, settimana, mese)

> **3.2**

Attività accessorie

Tipo di attività | % di occupazione

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Durata dal | al | Stipendio lordo CHF (ora, settimana, mese)

> **3.3**

Persone senza attività lucrativa

Tipo di attività

(casalinga, studente, ecc.)

Durata dal

al

> **3.4**

Disoccupazione

totale (il rapporto di lavoro è stato sciolto)

Durata dal | al

Nome e indirizzo della cassa disoccupazione (se è stata versata indennità per disoccupazione)

Durata dal _____ al _____

Nome e indirizzo della cassa disoccupazione (se è stata versata indennità per disoccupazione)

parziale (qualora il rapporto di lavoro fosse ancora in vigore)

in % _____ Durata dal _____ al _____

Nome e indirizzo della cassa disoccupazione (se è stata versata indennità per disoccupazione)

4. Indicazioni sulle limitazioni dovute al danno alla salute

> 4.1

Il danno alla salute è stato causato da

Infermità congenita? Malattia? Infortunio?

> 4.2

Indicazioni dettagliate circa il genere del danno

> 4.3

Da quando sussiste il danno?

> 4.4

Il danno è stato causato interamente o parzialmente da terzi (p.es. incidente stradale)?

sì no

> 4.5

Chi da ultimo ha prestato le cure mediche, rispettivamente chi ha ordinato il mezzo ausiliario richiesto?

Nome e indirizzo del medico curante

Dal _____ al _____ Per quali affezioni?

In precedenza

Nome e indirizzo del medico specialista, ospedale, casa di cura

Specializzazione

Dal _____ al _____ Per quali affezioni?



4.6

Dispone già di mezzi ausiliari (protesi, carrozzella, ecc.)?

sì no

In caso affermativo, descrizione esatta?

5. Modalità di pagamento

Conto bancario Conto postale

Intestato a (nomi, cognomi)

IBAN

Nome e indirizzo della banca

6. Punto d'inoltro della domanda di prestazioni

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

7. 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.

8. Firma/allegati

Il/la sottoscritta conferma che tutti i dati indicati in questo formulario e i rispettivi documenti allegati sono veritieri.

Firma della persona assicurata o del rappresentante

Indirizzo del rappresentante se la persona assicurata non è in grado di firmare

I suoi allegati e osservazioni complementari

Alla domanda vanno allegati

- **copia di un documento personale ufficiale** (p.es. libretto di famiglia, certificato individuale di stato civile o atto di famiglia, ricevute di documenti, passaporto, atto di unione domestica registrata) su cui figurino le generalità
- **per cittadini stranieri:** copia del permesso per stranieri
- **si accludano inoltre:** risoluzione di tutela o di curatela redatta dalla commissione tutoria regionale, copia di fatture, preventivi dei costi, certificati medici