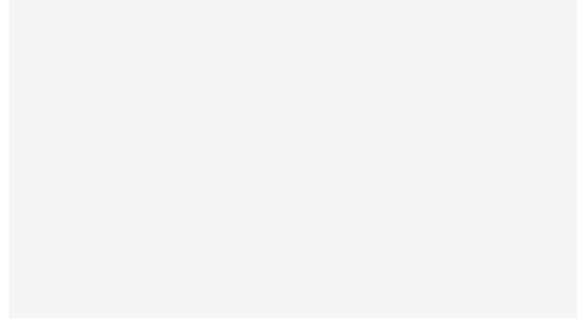
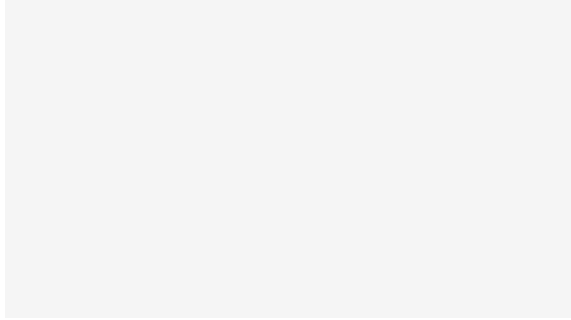


## **Richiesta per adulti: Mezzi ausiliari dell'AI**

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.**

**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

---

> **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)

celibe/nubile

coniugato(a)

vedovo(a)

divorziato(a)

separato(a) legalmente

unione domestica registrata

unione domestica registrata sciolta in seguito a decesso

unione domestica registrata sciolta giudizialmente

unione domestica registrata in regime di separazione giudiziale

dal

--

**2. Indicazioni generali**

> **2.1**

È stato domiciliato all'estero?

sì

no

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