Assicurazione federale per l’invalidità (AI)

Modulo di comunicazione per adulti: Rilevamento tempestivo

scelta cantone

La sua comunicazione:
Se ha delle domande non esiti a telefonarci

Questa comunicazione ha lo scopo di appurare se sia necessario inoltrare una richiesta di prestazioni AI. La comunicazione riguarda le persone che sono inabili al lavoro da almeno 30 giorni o che sono state ripetutamente incapacià al lavoro durante brevi periodi sull’arco di un anno. Contrariamente alla domanda di prestazioni AI, il diritto alla comunicazione non spetta soltanto alle persone assicurate bensì anche alle persone/istituzioni indicate alla cifra 4 di questo formulario. I legittimati a comunicare il caso devono informare la persona assicurata sull’inoltro della comunicazione.

L’Ufficio AI esamina la comunicazione e informa la persona assicurata e gli aventi diritto di comunicazione se vi è la necessità di inoltrare una richiesta di prestazioni AI o se eventualmente sarebbe più appropriato rivolgersi ad un altro ufficio di consulenza. Il conferimento di prestazioni è possibile soltanto dietro presentazione di una richiesta di prestazioni AI. Se la persona assicurata o il legittimato all’inoltro della comunicazione ritiene che sia necessario inoltrare una richiesta di prestazioni AI è possibile rinunciare all’invio di una comunicazione e sostituirla con una richiesta di prestazioni AI, che dovrà essere firmata dalla persona assicurata.

Se ha delle domande da porgerci non esiti a telefonarci. Saremo lieti di fornirle ulteriori informazioni.

Presentiamo i nostri migliori saluti.

Modulo di comunicazione per adulti: rilevamento tempestivo

1. Generalità

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

Nome | Stato civile

Genere

Data di nascita (giorno/mese/anno) | Numero d'assicurato (756…13 cifre)

Lingua desiderata
☐ Tedesco ☐ Francese ☐ Italiano

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°

Attinenza di cittadini stranieri
Nazionalità | Data di entrata in Svizzera

2. Incapacità lavorativa (IL)

Inizio dell'incapacità lavorativa | Incapacità lavorativa in percentuale

Assenze ripetute (regolari), assenze brevi „ricorrenti" dal

Motivo dell'incapacità lavorativa?
☐ malattia ☐ infortunio

Problema di salute/genere di disturbo

3. Situazione professionale

Attività svolta | Grado di occupazione

dal | al

Ragione sociale del datore di lavoro

NAP, Luogo

Persona di riferimento | Telefono

L'incapacità lavorativa è già stata notificata all'assicurazione che versa l'indennità per la perdita di guadagno?
☐ sì ☐ no

Se sì, quando?

Ragione sociale e indirizzo dell’assicurazione che versa l’indennità per la perdita di guadagno

L’incapacità lavorativa è già stata notificata all’istituto di previdenza professionale (LPP)?

☐ sì ☐ no

Se sì, quando?

Ragione sociale e indirizzo dell’istituto di previdenza sociale

È già stata inoltrata una richiesta di prestazioni AI?

☐ sì ☐ no

Se sì, presso quale sede?

4. Indicazioni sull'autore della comunicazione

☐ Persona assicurata o il suo rappresentante legale

☐ Congiunto con economia domestica in comune con la persona assicurata

Grado di parentela

☐ Datore di lavoro della persona assicurata

☐ Medico curante o chiropratico della persona assicurata

☐ Assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia LAMal

☐ Istituto d’assicurazione privato (assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia LCA o assicurazione pensioni)

☐ Assicurazione contro gli infortuni LAINF

☐ Istituto per la previdenza professionale della persona assicurata

☐ Organo d’esecuzione dell’assicurazione contro la disoccupazione

☐ Organo d’esecuzione dell’assistenza sociale cantonale

☐ Assicurazione militare

☐ Assicuratore malattie

Istituzione

Nome e cognome

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

Data

Firma

Allegati (copia di attestati medici, conteggi di stipendio, certificato AVS, altri) e osservazioni complementari

5. Informazione della persona assicurata

La persona assicurata è stata informata sulla presente comunicazione al servizio di rilevamento tempestivo dell'Assicurazione invalidità.

☐ si ☐ no

Luogo, data