

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.

1. Generalità

> 1.1

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

> 1.2

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

Sesso

> 1.3

Data di nascita

N. AVS

> 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°

In caso di soggiorno in ospedale o in casa di cura

Data d'entrata

> 1.5

Esiste una curatela?

sì

no

Esiste un mandato

precauzionale secondo l'art. 360ff del CC?

sì

no

Se sì, nome e indirizzo del curatore / rappresentante

Sede dell'autorità competente

Se sì, si accludano alla presente richiesta copia della risoluzione di curatela o del mandato precauzionale.

> 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

dal

2. Indicazioni generali

> 2.1

Ha già inoltrato una richiesta di prestazioni dell'Assicurazione invalidità?

sì

no

In caso affermativo, presso quale ufficio AI?

> **2.2**

Ha fatto richiesta o beneficia di prestazioni da parte dell'AVS o dell'AI (rendite o altre prestazioni)?

> **2.2.1**

Per lei?

sì no

In caso affermativo, quali?

> **2.2.2**

Per il suo coniuge/partner registrato?

sì no

In caso affermativo, quali?

> **2.2.3**

Per i suoi figli?

sì no

In caso affermativo, quali?

> **2.2.4**

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

3. Indicazioni sulle limitazioni dovute al danno alla salute

> **3.1**

La grande invalidità è stata causata da

infermità congenita? malattia? infortunio?

La grande invalidità è stata causata interamente o parzialmente da terzi (p.es. incidente stradale)?

sì no

In caso affermativo, indicare la ragione sociale e l'indirizzo dell'assicurazione infortuni

> **3.2**

Presso chi si trova in cura attualmente?

Nome e indirizzo del medico curante

dal

al

Per quali affezioni?

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

dal

al

Per quali affezioni?

4. Indicazioni sulla grande invalidità

4.1 A causa della grande invalidità e malgrado l'uso di mezzi ausiliari, necessita dell'aiuto diretto ("fisico") o indiretto (stimolazione), regolare e notevole da parte di terzi per compiere i seguenti atti ordinari della vita?

	sì	no	dal (mese/anno)	Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)
4.1.1 Vestirsi/svestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.1.2 Alzarsi/sedersi/coricarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.1.3 Mangiare (pasti preparati normalmente) – per motivi di salute, i pasti devono essere serviti a letto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– gli alimenti devono essere tagliati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– il cibo deve essere portato alla bocca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– può nutrirsi solo di alimenti speciali (frullati, via sonda-addominale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.1.4 Cura del corpo – lavarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– pettinarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– radersi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– fare il bagno/doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.1.5 Fare i propri bisogni – riordinare i vestiti (prima e dopo avere fatto i propri bisogni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– igiene/verifica della pulizia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– modo inconsueto di fare i propri bisogni (p.es. assistenza a causa di cateterizzazione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.1.6 Spostarsi – in casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– all'aperto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– mantenimento dei contatti sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

> 4.2

Necessita continuamente di cure infermieristiche (p.es. per la somministrazione quotidiana di medicinali, cambio di medicazioni, ecc.)?

sì di giorno di notte
 no

In caso affermativo, in quale forma e in quali ambiti?

Da quando sussiste la necessità di cure infermieristiche in questa misura?

Mese/anno

> 4.3

Chi ha prestato/presta questo aiuto (prima e/o dopo il ricovero in ospedale o casa di cura)?

Nome della struttura

NAP, Luogo

Via, n°

> 4.4

Necessita di sorveglianza personale?

sì di giorno di notte
 no

In caso affermativo, in quale forma e in quali ambiti?

Da quando sussiste la necessità di sorveglianza personale e in questa misura?

Mese/anno

Chi provvede alla sorveglianza?

Nome dell'istituto

NAP, Luogo

Via, n°

> 4.5

È degente a letto

sì no

Mediamente per quante ore al giorno può lasciare il letto?

> 4.6

Sono disponibili mezzi ausiliari?

sì no

In caso affermativo, quali?

5. Indicazioni sull'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana per adulti che non risiedono in una struttura specifica

> 5.1

A causa delle limitazioni imposte dal danno alla salute necessita in modo continuato e regolare di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana?

sì no

Solo in caso affermativo:

> 5.2

Sono necessarie prestazioni assistenziali per consentirle di abitare autonomamente?

sì no

In caso affermativo, da quando e in quale forma?

> 5.3

Necessita di un accompagnamento per le attività e i contatti fuori dall'abitazione?

sì no

In caso affermativo, da quando e in quale forma?

> 5.4

È necessaria la regolare presenza di un terzo per evitare un isolamento durevole dal mondo esterno?

sì no

In caso affermativo, da quando e in quale forma?

> 5.5

Da compilare in caso di richiesta di un assegno per grandi invalidi con necessità di un accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana per persone affette da disturbi psichici.:

Un servizio specializzato si è già occupato di lei (p.es. servizio sociopsichiatrico, servizio di consulenza, ecc.)?

sì no

Nome della struttura

NAP, Luogo

Via, n°

> 5.6

Chi le presta aiuto sotto forma di accompagnamento?

Nome/Struttura

NAP, Luogo

Via, n°

Durante quante ore
alla settimana?

da quando?

> 5.7

Questo formulario è stato compilato da:

Nome dell'istituto

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

Cellulare

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

Data

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), indicanti le generalità
- per cittadini stranieri: copia del permesso per stranieri
- si accludano inoltre: risoluzione di curatela redatta dalla commissione tutoria regionale, mandato precauzionale, rapporto di ammissione o di uscita per persone per residenti in un istituto, certificati medici