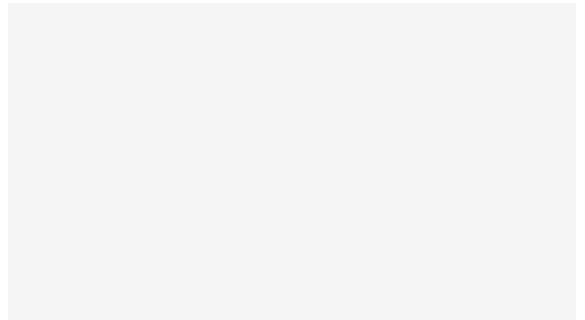
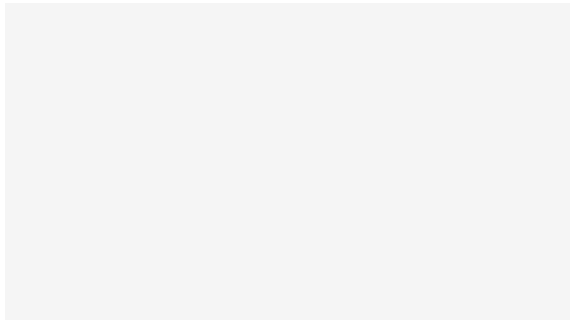


Assicurazione federale per l'invalidità (AI)

## **Richiesta per adulti: Assegno per grandi invalidi 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: Assegno per grandi invalidi AI

## 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

### > 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)
<b>4.1.1</b> Vestirsi/svestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>4.1.2</b> Alzarsi/sedersi/coricarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>4.1.3</b> 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"/>		
<b>4.1.4</b> 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"/>		
<b>4.1.5</b> 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"/>		
<b>4.1.6</b> 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 sottoscritto/a 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
-