

## 1. Generalità

In quale paese risiede?

Il suo luogo di residenza abituale è in Svizzera?

- sì  
 no

In quale cantone ha la sua residenza abituale?

### 1.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

Sesso

- femminile  maschile

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero AVS

13 cifre. Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

Stato civile

dal

gg, mm, aaaa

### 1.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NPA

Luogo

Via

n°

Numero di telefono

E-Mail

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

Nome dell'istituto

NPA, Luogo

Via, n°

In caso di soggiorno in ospedale o in casa di cura

Data d'entrata

gg, mm, aaaa

### 1.3 Curatela

Esiste una curatela?

sì  no

Se sì, nome e indirizzo del curatore/rappresentante

Se sì, si accludano alla presente richiesta copia della risoluzione di curatela e una descrizione degli obblighi e dei compiti.

#### 1.4 Cittadinanza

Cittadini/e svizzeri/e

Comune di appartenenza/cantone

Naturalizzazione dal

gg, mm, aaaa

Cittadini stranieri

Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

gg, mm, aaaa

## 2. Indicazioni generali

### 2.1 Richieste precedenti

Lei, il suo/la sua partner, rispettivamente il suo/la sua partner registrato/a ha già inoltrato una richiesta intesa ad ottenere prestazioni dall'assicurazione invalidità?

Per lei?

sì  no

Per il/la suo(a) coniuge, rispettivamente per il/la suo(a) partner registrato(a)?

sì  no

In caso affermativo, per quale prestazione e presso quale cassa di compensazione o ufficio AI?

## 3. Indicazioni sulle limitazioni dovute al danno alla salute

### 3.1 Indicazioni dettagliate a riguardo del danno alla salute

Da quando sussiste il danno?

gg, mm, aaaa

### 3.2 Infortunio o origine del danno

Il danno alla salute è da ricondurre interamente o parzialmente a:

- Un infortunio (per es. circolazione stradale, nell'esercizio di un'attività professionale o sportiva, atto di violenza, ecc.)
- Un altro avvenimento (per es. possibile violazione delle regole dell'arte medica, infezione contratta in un ospedale, danni causati da animali o prodotti, tentativo di suicidio, ecc.)
- Una malattia

Osservazioni supplementari a riguardo dei fatti

### 3.3 Medico, ospedale o casa di cura

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

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

gg, mm, aaaa

In cura fino al

gg, mm, aaaa

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

gg, mm, aaaa

In cura fino al

gg, mm, aaaa

#### 4. Indicazioni sulla grande invalidità

---

##### 4.1 Atti ordinari della vita

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? Voglia descrivere il tipo dell'aiuto di terzi nel modo più preciso possibile. Inoltre voglia indicare da quando (mese/anno) e in che misura l'aiuto viene prestato, al giorno, rispettivamente alla settimana.

**Vestirsi/svestirsi**

sì  no

dal

(mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

**Alzarsi/sedersi/coricarsi**

sì  no

dal

(mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

**Mangiare** (tagliare il cibo/portare il cibo alla bocca)

sì  no

dal

(mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

**Cura del corpo** (lavarsi, pettinarsi, radersi, fare il bagno/doccia)

sì  no

dal

(mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

**Fare i propri bisogni** (pulizia dopo essere andato alla toilette, riordinare i vestiti dopo essere andato alla toilette, cateterizzazione o simili)

sì  no

dal

(mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

**Spostarsi/Mantenimento dei contatti sociali** (in casa/all'aperto)

sì  no

dal

(mese/anno)

Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)

#### 4.2 Cure infermieristiche

Necessita di cure infermieristiche (p.es. preparare o somministrazione giornaliera di medicinali, cambi di medicazioni, ecc.)?

sì  no

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

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

mm, aaaa

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

Nome dell'istituto

NPA, Luogo

Via, n°

#### 4.3 Sorveglianza personale

E' possibile rimanere da solo per almeno una o due ore al giorno?

sì  no

Se no, per favore motivare:

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

mm, aaaa

Chi provvede alla sorveglianza?

Nome dell'istituto

NPA, Luogo

Via, n°

#### 4.4 Degenza

È degente a letto?

sì  no

Mediamente per quante ore al giorno può lasciare il letto?

#### 4.5 Mezzi ausiliari

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 Accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana

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

sì  no

Sono necessarie prestazioni assistenziali, le quali le permettono di abitare autonomamente?

sì  no

In caso affermativo, in quale forma?

da quando ?

gg, mm, aaaa

Necessita di accompagnamento per i contatti ed il disbrigo di attività al di fuori dell'abitazione?

sì  no

In caso affermativo, in quale forma?

da quando ?

gg, mm, aaaa

Necessita della presenza di un terzo per evitare un isolamento?

sì  no

In caso affermativo, in quale forma?

da quando ?

gg, mm, aaaa

## 5.2 Servizio specializzato

**Voglia rispondere alle seguenti domande se è portatore/trice di disturbi psichici.**

Ha già avuto contatti con un servizio specializzato (ad es. servizio di consulenza)?

sì  no

Nome della struttura

NPA, Luogo

Via, n°

## 5.3 Prestazione d'aiuto

Chi presta aiuto e in quale forma?

Nome/Struttura

NPA, Luogo

Via, n°

Durante quante ore alla settimana?

da quando?

gg, mm, aaaa

## 5.4 Chi ha compilato il modulo?

- La persona assicurata  
 Una terza persona

Cognome, Nome / Nome dell'istituto

NPA, Luogo

Via, n°

Numero di telefono / cellulare

E-Mail

La persona assicurata ha acconsentito alla presentazione di questa domanda

sì  no

## 6. Modalità di pagamento

---

Conto bancario  Conto postale

Intestato a

nomi, cognomi

IBAN

Nome e indirizzo della banca e della filiale

## Autorizzazione a fornire informazioni

---

Con la rivendicazione del diritto a prestazioni, 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 nella richiesta, i fornitori di prestazioni secondo gli articoli 36-40 della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal), assicurazioni ed uffici amministrativi sono obbligati, 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. La persona assicurata sarà informata dei contatti presi con queste persone e questi servizi.

Con la rivendicazione del diritto a prestazioni la persona assicurata o il/la suo/sua rappresentante legale autorizza anche avvocati/avvocatesse a rilasciare informazioni a riguardo del regresso verso terzi. Nell'ambito della presente autorizzazione, tutte le persone summenzionate e gli enti pubblici sono liberati dal segreto d'ufficio e dal segreto professionale da parte della persona assicurata verso gli organi dell'assicurazione invalidità.

Questa autorizzazione conferisce diritto all'assicurazione invalidità di informare gli interessati nell'ambito dell'integrazione (medici curanti, datori di lavoro, istituzioni).

## Informazioni complete e veritiere

---

- Con l'invio di questo formulario, la persona che ha compilato la domanda, conferma che tutti i dati indicati e i rispettivi allegati sono completi e veritieri.

Data

Osservazioni

## Allegati

---

### Allegati al modulo

- 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) da cui può essere verificata l'identità di tutte le persone citate nella domanda di prestazioni
- Per cittadini stranieri: copia del permesso per stranieri
- Rapporto di ammissione o di uscita per persone per residenti in un istituto,
- Copia della risoluzione di curatela
- Copia della descrizione degli obblighi e dei compiti del curatore
- Copia di certificati medici,
- Altro