



1. Generalità

In quale paese risiede?

1.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

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°

1.3 Curatela

Esiste una curatela?

sì no

Esiste una tutela?

sì no

Se sì, nome e indirizzo del curatore rispettivamente del tutore

Allegare alla richiesta una copia della risoluzione di curatela/tutela 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

1.5 Chi ha compilato il modulo?

- La persona assicurata
 Una terza persona

Cognome, Nome

E-Mail

La persona assicurata ha acconsentito alla presentazione di questa domanda

sì no

2. Generalità dei genitori della persona assicurata

2.1 Madre

2.1.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero AVS

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

Stato civile

eventuale data di decesso

gg, mm, aaaa

2.1.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

E-Mail

2.1.3 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

2.2 Padre

2.2.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero AVS

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

Stato civile

eventuale data di decesso

gg, mm, aaaa

2.2.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

E-Mail

2.2.3 Cittadinanza

Cittadini/e svizzeri/e

Comune di attinenza/cantone

Naturalizzazione dal

gg, mm, aaaa

Cittadini stranieri

Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

gg, mm, aaaa

2.3 Diritto di tutela

Se i genitori vivono separati o se sono divorziati: a chi è stato conferito il diritto di tutela?

Per favore vogliate allegare una copia del relativo atto giuridico/amministrativo

- ad ambedue madre padre

Per genitori non sposati o in caso di affidamento congiunto: a chi deve essere inoltrata la corrispondenza?

- madre padre

3. Indicazioni generali

3.1 Richieste precedenti

Per suo/a figlio/a é già stata inoltrata una richiesta di prestazioni per l'assicurazione invalidità?

sì no

Se sì, presso quale ufficio AI?

4. Indicazioni sulle limitazioni dovute al danno alla salute

4.1 Indicazioni dettagliate a riguardo del danno alla salute

Da quando sussiste il danno?

gg, mm, aaaa

4.2 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

4.3 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

In cura fino al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

In cura fino al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

5. Indicazioni sulla grande invalidità

5.1 Atti ordinari della vita

A causa della grande invalidità e malgrado l'uso di mezzi ausiliari, suo/a figlio/a 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)

5.2 Prestazione d'aiuto

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°

5.3 Aiuto duraturo

Suo/a figlio/a necessita di cure infermieristiche (p.es. nei cambi di medicazione, 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

5.4 Sorveglianza personale

E' possibile lasciare il bambino 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

NAP, Luogo

Via, n°

5.5 Mezzi ausiliari

Sono disponibili mezzi ausiliari?

sì no

In caso affermativo, quali?

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,
- Copia d'atto relativo al diritto di tutela
- Altro