

## 1. Generalità



In quale paese risiede?

Lavora come frontaliere?

- sì  
 no

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

femminile  maschile

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero AVS

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

### 1.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NAP

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

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 Cassa malati

Presso quale cassa malati è affiliato (assicurazione base)?

## 1.5 Situazione abitativa

Abita:

- solo/a  
 con i genitori  
 con partner/coniuge

con bambini? Numero?

con altre persone? Con chi?

In un istituto? Data dell'entrata

gg, mm, aaaa

Con il contributo per l'assistenza ha intenzione di cambiare la sua forma abitativa, rispettivamente di lasciare l'istituto?

sì  no

Avete delle idee concrete e per quando?

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

---

### 2.1 Medico, ospedale o casa di cura

Voglia indicare il medico di famiglia così come altri medici curanti, ospedali o case di cura.

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

### 3. Indicazioni sulla situazione lavorativa e sulle attività svolte

---

#### 3.1 Attività lucrativa

Esercita un'attività lucrativa?

sì  no  vorrei lavorare grazie al contributo per l'assistenza

Se sì, nome e indirizzo del datore di lavoro?

Cantone

Reddito lordo

per

ora  giorno  settimana  mese  anno

% di occupazione

#### 3.2 Formazione

E' in formazione?

sì  no  vorrei seguire una formazione grazie al contributo per l'assistenza

Se sì, tipo di formazione e nome del centro di formazione?

% di occupazione

### 4. Modalità di pagamento

---

Conto bancario  Conto postale

Intestato a

nomi/cognomi

IBAN

Nome e indirizzo della banca

## 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
- Copia della risoluzione di curatela
- Copia della descrizione degli obblighi e dei compiti del curatore
- Conferma di uscita dall'istituto
- Ultima decisione della cassa di compensazione indicante il reddito da attività indipendente
- Altro