

## 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

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°

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 attinenza/cantone

Naturalizzazione dal

gg, mm, aaaa

Cittadini stranieri  
Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

gg, mm, aaaa

## 2. Indicazioni generali

---

### 2.1 Rendita di vecchiaia

Nome e indirizzo della cassa di compensazione che versa la rendita di vecchiaia.

Beneficia di una rendita di vecchiaia da una cassa estera? (prego allegare copia della rispettiva conferma)

sì  no

In caso affermativo, di quale paese?

### 2.2 Cassa malati

Presso quale cassa malati è affiliato (assicurazione base)?  
Nome e indirizzo

### 2.3 Prestazioni complementari

Beneficia di prestazioni complementari? (in caso affermativo, prego allegare copia della rispettiva conferma)

sì  no

### 2.4 Assegno per grandi invalidi

Beneficia già di un assegno per grandi invalidi?

sì  no

## 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, aaaaa

### 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

Indicare p.f. il nome del medico curante, dell'ospedale o della casa di cura

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

In cura fino al

gg, mm, aaaaa

gg, mm, aaaaa

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

In cura fino al

gg, mm, aaaaa

gg, mm, aaaaa

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

sì  no  di giorno  di notte

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 Assistenza

Chi presta, rispettivamente, chi ha prestato l'aiuto negli ultimi 2 anni?

Nome dell'istituto/accompagnatore

NPA, Luogo

Via, n°

Nome dell'istituto/accompagnatore

NPA, Luogo

Via, n°

#### 4.4 Sorveglianza personale

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

sì  no  di giorno  di notte

Se no, per favore motivare:

Da quando sussiste la necessità di sorveglianza?

(mese/anno)

Chi provvede alla sorveglianza?

Nome dell'istituto

NPA, Luogo

Via, n°

#### 4.5 Degenza

È degente a letto?

sì  no

Mediamente per quante ore al giorno può lasciare il letto?

#### 4.6 Mezzi ausiliari

Sono disponibili mezzi ausiliari?

sì  no

In caso affermativo, quali?

#### 2.5 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

## 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
- Certificato di necessità di trattamento (livello di necessità di cure per degenti in istituto)
- Altro