

## 1. Prestazione richiesta

---

Quali prestazioni assicurative sono richieste?

- Provvedimenti sanitari, p.es. in caso di infermità congenita
- Provvedimenti d'integrazione professionale
- Mezzi ausiliari (protesi, carrozzella, ecc.)

Quali mezzi ausiliari?

Fornitore richiesto (si prega di allegare la copia di fatture, preventivi dei costi)

## 2. Generalità

---

### 2.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

femminile  maschile

Data di nascita

giorno, mese, anno

Stato civile

Numero d'assicurato

13 cifre, incipiente con 756

dal

giorno, mese, anno

### 2.2 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

NAP, Luogo

Via, n°

### 2.3 Curatela

sì  no

Se sì, nome e indirizzo del curatore

Allegare alla richiesta una copia della risoluzione di curatela.

Sede dell'autorità competente

Cittadini/e svizzeri/e  
Comune di appartenenza/cantone

Naturalizzazione dal

Cittadini stranieri  
Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

## 3. Generalità dei genitori

---

### 3.1 Madre

#### 3.1.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

Data di nascita

Numero d'assicurato

giorno, mese, anno

13 cifre, incipiente con 756

Stato civile

Eventuale data di decesso

giorno, mese, anno

#### 3.1.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

E-Mail

### 3.1.3 Cittadinanza

Cittadini/e svizzeri/e  
Comune di appartenenza/cantone

Naturalizzazione dal

giorno, mese, anno

Cittadini stranieri  
Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

giorno, mese, anno

### 3.2 Padre

#### 3.2.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

Data di nascita

giorno, mese, anno

Stato civile

Numero d'assicurato

13 cifre, incipiente con 756

Eventuale data di decesso

giorno, mese, anno

#### 3.2.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

E-Mail

#### 3.2.3 Cittadinanza

Cittadini/e svizzeri/e  
Comune di appartenenza/cantone

Naturalizzazione dal

Cittadini stranieri  
Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

### 3.3 Diritto di tutela

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

ad ambedue

madre

padre

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

madre

padre

#### 4. Indicazioni sulla formazione/attività della persona assicurata

---

##### 4.1 Scuola frequentata attualmente

Descrizione e indirizzo della scuola dal  
giorno, mese, anno

##### 4.2 Scuola frequentata in precedenza

Descrizione e indirizzo della scuola dal  
giorno, mese, anno  
giorno, mese, anno

##### 4.3 Formazione

Suo figlio sta seguendo una prima formazione professionale o è in previsione un tirocinio?  
 sì  no

Tipo di formazione Inizio e durata della formazione

Ragione sociale dell'azienda formatrice o nome dell'istituto scolastico

NAP, Luogo Via, n°

La disabilità comporta spese suppletive nell'ambito della prima formazione?  
 sì  no

Indicazioni precise sulle spese suppletive dettagliate

##### 4.4 Attività lavorativa

Suo figlio ha già svolto un'attività lavorativa?  
 sì  no

Tipo di attività Nome e indirizzo del datore di lavoro Dal / al

## 5. Indicazioni generali

---

### 5.1 Richieste precedenti

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

sì  no

In caso affermativo, per quale prestazione e presso quale ufficio AI?

### 5.2 Assicurazioni

Suo figlio é annunciato, rispettivamente riceve prestazioni?

dalla SUVA?

Nome e indirizzo dell'assicurazione (e competente agenzia), incluso il numero di riferimento

da un'altra assicurazione nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni?

Nome e indirizzo dell'assicurazione (e competente agenzia), incluso il numero di riferimento

dall'assicurazione militare?

Nome e indirizzo dell'assicurazione (e competente agenzia), incluso il numero di riferimento

### 5.3 Cassa malati

Presso quale cassa malati é assicurato/a suo/a figlio/a (assicurazione di base)?

Nome e indirizzo

### 5.4 Autorità e istituzioni

Quali enti o istituzioni si sono già occupati della sua disabilità (autorità scolastiche, uffici di orientamento professionale, enti sociali pubblici e privati, uffici del lavoro, SUVA, ecc.)?

Nome e indirizzo

Quando?

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

---

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

Da quando sussiste il danno?

### 6.2 Infortunio o origine del danno

Il danno alla salute é 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.)

Osservazioni supplementari a riguardo dei fatti

### 6.3 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

giorno, mese, anno

giorno, mese, anno

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

In cura fino al

giorno, mese, anno

giorno, mese, anno

#### 6.4 Mezzi ausiliari

Suo figlio é già in possesso di mezzi ausiliari (p.e. protesi, carrozzella)?

sì  no

Se sì, di quali:

Da quando?

giorno, mese, anno

#### 6.5 Osservazioni complementari

### 7. Modalità di pagamento

---

Conto bancario  Conto postale

Intestato a

nomi/cognomi

IBAN

Nome e indirizzo della banca

## 8. 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.

Con la firma di questo formulario il/la rappresentante legale della persona assicurata o il suo/la sua rappresentante autorizza anche avvocati/avvocatesse a rilasciare informazioni a riguardo del regresso verso terzi.

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

## 9. Obbligo di cooperare

---

Dagli interessati ci si aspetta che intraprendano tutto il necessario al fine di evitare l'insorgenza di un'invalidità.

## 10. Firma/allegati

---

Il/la sottoscritta conferma che tutti i dati indicati in questo formulario e i rispettivi documenti allegati sono veritieri.

Data

Firma della persona assicurata o del rappresentante

Osservazioni

### Alla domanda vanno allegati:

- copia di certificati di assicurazione dell'AVS/AI della persona avente diritto a prestazioni
- copia di un documento personale ufficiale (p.es. atto di nascita, libretto di famiglia, ricevuta di documenti), da cui può essere verificata l'identità di tutte le persone citate nella domanda di prestazioni
- per cittadini stranieri: copia del permesso per stranieri della persona assicurata e dei suoi genitori

### Si accludano inoltre:

- Copia di attestati di formazione e attestazioni delle aziende formatrici e dei datori di lavoro, certificati medici, risoluzione di curatela/tutela, mandato precauzionale, certificato di morte
- Copia delle fatture o preventivi per i mezzi ausiliari

## **11. Punto d'inoltro della domanda di prestazioni**

---

La domanda di prestazioni va inoltrata all'Ufficio invalidità del cantone di domicilio.