

1. Mezzi ausiliari

Quali mezzi ausiliari (protesi, carrozzelle, ecc.) richiede?

Fornitore desiderato (prego allegare copia delle fatture/dei preventivi)

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 e mandato precauzionale

Esiste una curatela? sì no

Esiste un mandato precauzionale secondo l'art. 360ff del CC? sì no

Se sì, nome e indirizzo del curatore / rappresentante

Se sì, si accludano alla presente richiesta copia della risoluzione di curatela o del mandato precauzionale.

Sede dell'autorità competente

2.4 Cittadinanza

Cittadini/e svizzeri/e
Comune di attinenza/cantone

Naturalizzazione dal

giorno, mese, anno

Cittadini stranieri
Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

giorno, mese, anno

3. Indicazioni generali

3.1 Domicilio e attività lavorativa

E' mai stato(a) domiciliato(a) all'estero, ha mai lavorato/studiato o prestato servizio militare all'estero?

sì no

dal al in

giorno, mese, anno giorno, mese, anno Stato

giorno, mese, anno giorno, mese, anno Stato

3.2 Richieste precedenti

Per la persona assicurata è già stata inoltrata in precedenza una richiesta volta ad ottenere prestazioni dall'assicurazione invalidità?

sì no

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

3.3 Assicurazioni

Si è annunciato o beneficia già di prestazioni:

(p.es. trattamento medico, provvedimenti integrativi, indennità giornaliera, rendita, mezzi ausiliari)

d'una cassa malati?

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

dalla SUVA o da un'altra 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

3.4 Cassa malati

Presso quale cassa malati è affiliato (assicurazione base)?

Nome e indirizzo

4. Indicazioni sulla formazione, professione e attività finora svolta

4.1 Persone esercitanti attività lucrativa e persone con attività accessoria

Attuale/ultima attività principale, attività a tempo parziale o attività accessoria

Tipo di attività		% di occupazione
dal	al	Stipendio lordo CHF
giorno, mese, anno	giorno, mese, anno	ora, settimana, mese
Nome e indirizzo del datore di lavoro		

Tipo di attività		% di occupazione
dal	al	Stipendio lordo CHF
giorno, mese, anno	giorno, mese, anno	ora, settimana, mese
Nome e indirizzo del datore di lavoro		

4.2 Persone senza attività lucrativa

Tipo di attività	dal	al
casalinga, studente, ecc.	giorno, mese, anno	giorno, mese, anno
casalinga, studente, ecc.	giorno, mese, anno	giorno, mese, anno

4.3 Disoccupazione

Nome e indirizzo della cassa disoccupazione (se é stata riconosciuta un'indennità disoccupazione)

dal	al	in %
giorno, mese, anno	giorno, mese, anno	
giorno, mese, anno	giorno, mese, anno	

5. Indicazioni sulle limitazioni dovute al danno alla salute

5.1 Indicazioni dettagliate a riguardo del danno alla salute

Da quando sussiste il danno?

5.2 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

5.3 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
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

5.4 Mezzi ausiliari

Dispone già di mezzi ausiliari (protesi, carrozzella, ecc.)?

sì no

In caso affermativo, descrizione esatta?

dal

giorno, mese, anno

6. Modalità di pagamento

Conto bancario Conto postale

Intestato a

IBAN

Nome e indirizzo della banca

7. 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).

8. Firma/allegati

Il/la sottoscritto(a) conferma che tutti i dati indicati in questo formulario e i rispettivi allegati sono completi e veritieri.

Data

Firma della persona assicurata o del rappresentante

Indirizzo del rappresentante se la persona assicurata non è in grado di firmare

Osservazioni

Alla domanda vanno allegati:

- 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

Si accludano inoltre:

- risoluzione di tutela o di curatela, mandato precauzionale, copia di fatture, preventivi dei costi, certificati medici

9. Punto d'inoltro della domanda di prestazioni

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