

1. Generalità

1.1 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

Numero d'assicurato

13 cifre, incipiente con 756

Stato civile

dal

giorno, mese, anno

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

NAP, Luogo

Via, n°

1.3 Curatela

Esiste una curatela?

sì no

Se sì, nome e indirizzo del curatore

Allegare alla richiesta una copia della risoluzione di curatela

Sede dell'autorità competente

1.4 Cittadinanza

Cittadini/e svizzeri/e

Comune di attinenza/cantone

Naturalizzazione dal

Cittadini stranieri

Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

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

giorno, mese, anno

Numero d'assicurato

13 cifre, incipiente con 756

Stato civile

eventuale data di decesso

giorno, mese, anno

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 attinenza/cantone

Naturalizzazione dal

Cittadini stranieri

Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

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

giorno, mese, anno

Numero d'assicurato

13 cifre, incipiente con 756

Stato civile

eventuale data di decesso

giorno, mese, anno

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

Cittadini stranieri

Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

2.3 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

3. Indicazioni generali

3.1 Richieste precedenti

Per suo/a figlio/a è 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?

4.2 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

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

giorno, mese, anno

In cura fino al

giorno, mese, anno

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

giorno, mese, anno

In cura fino al

giorno, mese, anno

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, riordinare i vestiti, 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?

--

mese/anno

5.4 Sorveglianza personale

Suo/a figlio/a deve essere sorvegliato?

sì no

In caso affermativo, in quale forma e in quali ambiti?

Da quando sussiste la necessità di cure infermieristiche in questa misura?

mese/anno

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

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.

8. Firma/allegati

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

Data

Firma del rappresentante legale della persona assicurata

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 alleghino inoltre:

- risoluzione di tutela o di curatela redatta dalla commissione tutoria regionale, mandato precauzionale, rapporto di ammissione o di uscita per persone per residenti in un istituto, certificati medici

9. Punto d'inoltro della domanda di prestazioni

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