

Sua richiesta:**La invitiamo a compilare accuratamente**

Questo modulo è atto alla richiesta di prestazioni. Possiamo procedere con la valutazione della sua richiesta solo se il modulo è compilato in modo completo e preciso. In caso di necessità non esiti a chiedere spiegazioni. La compilazione errata del modulo o la mancanza di documenti causano il dispendio di tempo prezioso.

I nostri suggerimenti per la compilazione del modulo di richiesta:

- 1** Legga il modulo in tutta calma;
- 2** Evidenzi le domande che non le sono chiare;
- 3** Prenda atto del fatto che vi sono delle risposte che andranno completate con della documentazione; Raccolga questa documentazione prima di compilare il modulo.

Tre domande dopo la compilazione del modulo di richiesta:

- Ha risposto in modo esaustivo a tutte le domande?
- Il modulo è stato firmato?
- Ha accluso tutti i documenti necessari?

Questo modulo può anche essere scaricato dalla nostra pagina web.

Se necessita di aiuto nel rispondere alle domande, non esiti a telefonarci.
Siamo lieti di aiutarla.

Presentiamo i nostri più distinti saluti.

Richiesta: Assegno per grandi invalidi AVS

1. Generalità

> 1.1

Cognome (coniugate o vedove indichino anche il cognome da nubile)

> 1.2

Nomi (tutti i nomi, si scriva in maiuscolo quello comunemente in uso)

femminile

maschile

> 1.3

Data di nascita (giorno/mese/anno)

Numero AVS

> 1.4

Domicilio legale e indirizzo completo (in caso di soggiorno in un istituto prego indicarne il nome)

Nome dell'istituto

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

Cellulare

Attuale luogo di residenza (se diverso dal domicilio legale, p.es. ospedale o casa di cura)

Nome dell'istituto

NAP, Luogo

Via, n°

In caso di soggiorno in ospedale o in casa di cura

Data d'entrata

> 1.5

Esiste una tutela?

sì

no

Una curatela?

sì

no

In caso affermativo, nome, cognome e indirizzo del tutore o curatore

Sede dell'autorità tutoria

In caso affermativo alleggi a questa domanda una copia della risoluzione di tutela o di curatela, redatta dalla commissione tutoria regionale.

> 1.6

Attinenza di cittadini svizzeri

Comune di attinenza/cantone

Naturalizzazione dal

Attinenza di cittadini stranieri

Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

> 1.7

Stato civile

dal

2. Indicazioni generali

> 2.1

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

> 2.2

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

In caso affermativo, di quale paese?

> 2.3

In Svizzera è affiliato ad una cassa malati?

sì

no

> 2.4

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

sì

no

> 2.5

Beneficia già di un assegno per grandi invalidi?

sì

no

3. Indicazioni sulle limitazioni dovute al danno alla salute

> 3.1

La grande invalidità è stata causata da:

infermità congenita?

malattia?

infortunio?

La grande invalidità è stata causata interamente o parzialmente da terzi (p.es. incidente stradale)?

sì

no

In caso affermativo, indicare la ragione sociale e l'indirizzo dell'assicurazione infortuni

> 3.2

Presso chi si trova in cura attualmente?

Nome e indirizzo del medico curante

dal

al

Per quali affezioni?

Nome e indirizzo del medico specialista, ospedale, casa di cura

dal

al

Per quali affezioni?

4. Indicazioni sulla grande invalidità

4.1 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?

	sì	no	dal (mese/anno)	Genere e frequenza dell'aiuto (descrizione esatta)
4.1.1 Vestirsi/svestirsi				
4.1.2 Alzarsi/sedersi/corricarsi				
4.1.3 Mangiare (pasti preparati normalmente)				
– per motivi di salute, i pasti devono essere serviti a letto?				
– gli alimenti devono essere tagliati?				
– il cibo deve essere portato alla bocca?				
– può nutrirsi solo di alimenti speciali (frullati, via sonda-addominale)?				
4.1.4 Cura del corpo				
– lavarsi				
– pettinarsi				
– radersi				
– fare il bagno/doccia				
4.1.5 Fare i propri bisogni				
– riordinare i vestiti (prima e dopo avere fatto i propri bisogni)				
– igiene/verifica della pulizia				
– modo inconsueto di fare i propri bisogni (p.es. assistenza a causa di cateterizzazione)				
4.1.6 Spostarsi				
– in casa				
– all'aperto				
– mantenimento dei contatti sociali				

> **4.2**

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

sì di giorno di notte
no

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**

Chi presta l'aiuto (prima e dopo l'entrata in ospedale o in istituto)?

Nome dell'istituto

--

NAP, Luogo

Via, n°

--	--

> **4.4**

Necessita di sorveglianza personale?

sì di giorno di notte
no

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

Da quando sussiste la necessità di sorveglianza personale e in questa misura?

Mese/anno

--

Chi provvede alla sorveglianza?

Nome dell'istituto

--

NAP, Luogo

Via, n°

--	--

> **4.5**

È degente a letto?

sì no

Mediamente per quante ore al giorno può lasciare il letto?

--

> **4.6**

Sono disponibili mezzi ausiliari?

sì no

In caso affermativo, quali?

> **4.7**

Questo formulario è stato compilato da:

Nome dell'istituto

--

NAP, Luogo

Via, n°

--	--

Numero di telefono

Cellulare

--	--

5. Punto d'inoltro della domanda di prestazioni

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

6. 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.

7. 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

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

I suoi allegati e osservazioni complementari

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), indicanti le generalità
- **per cittadini stranieri:** copia del permesso per stranieri
- **si accludano inoltre:** risoluzione di tutela o di curatela redatta dalla commissione tutoria regionale, rapporto di ammissione o di uscita per persone per residenti in un istituto

8. Annotazioni del medico curante

> 8.1

Diagnosi (prego sottolineare la diagnosi principale)

> 8.2

Visita
del

In trattamento
dal

al

> 8.3

L'incapacità può essere ridotta grazie alla consegna di mezzi ausiliari?

sì

no

In caso affermativo: con quali?

> 8.4

Lo stato di salute della persona assicurata è:

rimasto invariato

suscettibile di miglioramento

suscettibile di peggioramento

> 8.5

Prognosi

> 8.6

Quanto indicato alla cifra 4, anche nell'ambito della necessità di aiuto da terzi, coincide con i reperti da lei rilevati?

sì

no

> 8.7

Osservazioni (la invitiamo a fornire indicazioni dettagliate, in particolare se alla domanda precedente é stato risposto in modo negativo)

Nome, cognome, data e firma del medico

Indirizzo esatto (studio/reparto)

Numero di telefono in caso di necessità di chiarimenti

(Se si risponde unicamente alle domande 8.1 - 8.6 può essere fatturata la posizione Tarmed 00.2205 (in precedenza 1132). Se al punto 8.7 sono necessarie specificazioni supplementari può essere fatturata la posizione Tarmed 00.2230 (in precedenza 1131) oppure la posizione Tarmed 00.2240, qualora la redazione del rapporto avesse richiesto un dispendio di tempo superiore a 10 minuti).