

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

gg, mm, aaaa

Numero d'assicurato

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

NAP, Luogo

Via, n°

In caso di soggiorno in ospedale o in casa di cura

Data d'entrata

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?

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

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

gg, mm, aaaa

In cura fino al

gg, mm, aaaa

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

gg, mm, aaaa

In cura fino al

gg, mm, aaaa

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?

Massimo di 1'200 caratteri

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

mm, aaaa

4.3 Assistenza

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

Nome dell'istituto/accompagnatore

NAP, Luogo

Via, n°

Nome dell'istituto/accompagnatore

NAP, Luogo

Via, n°

4.4 Sorveglianza personale

Necessita di sorveglianza personale?

sì no di giorno di notte

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

Da quando sussiste la necessità di sorveglianza?

mese/anno

Chi provvede alla sorveglianza?

Nome dell'istituto

NAP, 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?

4.7 Formulario compilato

Questo formulario è stato compilato da:

Nome dell'istituto

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

Cellulare

5. 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 la persona assicurata o il suo/la sua rappresentante 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.

6. Firma/Allegati

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

Data

Firma del rappresentante legale della persona assicurata

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

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), indicanti le generalità
- per cittadini stranieri: copia del permesso per stranieri

Si accludano inoltre:

- Risoluzione di curatela e una descrizione degli obblighi e dei compiti, rapporto di ammissione o di uscita per persone per residenti in un istituto

Per favore non unire i vostri documenti

7. Annotazioni del medico curante

7.1 Diagnosi

Diagnosi (Diagnosi principali in lettere maiuscole)

Visita del

In trattamento dal

In trattamento al

7.2 Degenze stazionarie

Ha avuto degenze stazionarie?

sì no

dal

gg, mm, aaaa

al

gg, mm, aaaa

Nome degli ospedali

7.3 Mezzi ausiliari

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

sì no

In caso affermativo: con quali?

7.4 Stato di salute

Lo stato di salute della persona assicurata è:

rimasto invariato suscettibile di miglioramento suscettibile di peggioramento

7.5 Prognosi

7.6 Esame medico (voglia descrivere lo stato di salute e i relativi impedimenti)

Limitazioni fisiche (tipo / ripercussione)

Limitazioni psichiche (tipo / ripercussione)

Limitazioni cognitive-intellettuali (tipo / ripercussione)

7.7 Indicazioni sulla grande invalidità

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

sì no

7.8 Osservazioni

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

7.9 Firma

Nome

Cognome

Data

Timbro e firma del medico

Indirizzo esatto (studio/reparto)

Numero di telefono in caso di necessità di chiarimenti

(Se si risponde unicamente alle domande 7.1 - 7.7 può essere fatturata la posizione Tarmed 00.2205. Se al punto 7.8 sono necessarie specificazioni supplementari può essere fatturata la posizione Tarmed 00.2230 oppure la posizione Tarmed 00.2240, qualora la redazione del rapporto avesse richiesto un dispendio di tempo superiore a 10 minuti).

8. Punto d'inoltro della domanda di prestazioni

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