



## 1. Generalità

In quale paese risiede?

### 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 AVS

13 cifre. Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

### 1.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NPA

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

NPA, Luogo

Via, n°

### 1.3 Curatela

Esiste una curatela?

sì  no

Esiste una tutela?

sì  no

Se sì, nome e indirizzo del curatore rispettivamente del tutore

Allegare alla richiesta una copia della risoluzione di curatela/tutela e una descrizione degli obblighi e dei compiti.

### 1.4 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

### 1.5 Chi ha compilato il modulo?

- La persona assicurata  
 Una terza persona

Cognome, Nome

E-Mail

La persona assicurata ha acconsentito alla presentazione di questa domanda

sì  no

### 1.6 Cassa malati

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

Nome e indirizzo

## 2. Indicazioni sulle limitazioni dovute al danno salute

---

### 2.1 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 del medico specialista, ospedale, casa di cura

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

In cura fino al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

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

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

In cura fino al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

## 3. Informazioni sulla formazione e/o situazione professionale

---

### 3.1 Formazione

Suo/a figlio/a si trova in formazione?

- sì  no  Grazie al contributo per l'assistenza si vorrebbe rendere possibile una formazione

Se sì, tipo di formazione e nome del centro di formazione

% di occupazione

### 3.3 Attività lavorativa

Suo/a figlio/a é abile al lavoro?

- sì  no  Grazie al contributo per l'assistenza si vorrebbe poter rendere possibile un'attività lavorativa

Se sì, nome e indirizzo del datore di lavoro

Stipendio lordo

per

% di occupazione

CHF

ora  giorno  settimana  mese  anno

%

### Autorizzazione a fornire informazioni

---

Con la rivendicazione del diritto a prestazioni, 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 nella richiesta, i fornitori di prestazioni secondo gli articoli 36–40 della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal), assicurazioni ed uffici amministrativi sono obbligati, 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. La persona assicurata sarà informata dei contatti presi con queste persone e questi servizi.

Con la rivendicazione del diritto a prestazioni la persona assicurata o il/la suo/sua rappresentante legale 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.

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

### Informazioni complete e veritiere

---

- Con l'invio di questo formulario, la persona che ha compilato la domanda, conferma che tutti i dati indicati e i rispettivi allegati sono completi e veritieri.

Data

Osservazioni

### Allegati

---

#### Allegati al modulo:

- 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
- Copia della risoluzione di curatela
- Copia della descrizione degli obblighi e dei compiti del curatore
- Conferma di uscita dall'istituto
- Altro