



1. Richiesta

1.1 Prima richiesta

Per quale mezzo ausiliario richiede un contributo da parte dell'AVS?

- Apparecchio/i acustico/i
- Apparecchio/i acustico/i ad ancoraggio osseo
- Carrozzella (importo forfettario)
- Scarpe ortopediche su misura o
- Scarpe ortopediche parzialmente fabbricate in serie da adeguare individualmente
- Parrucca
- Occhiali lente o
- Apparecchio di lettura/Macrolettore
- Apparecchio ortofonico
- Epitesi del viso

1.2 Richiesta di sostituzione di un mezzo ausiliario

Quale mezzo ausiliario deve essere sostituito?

Quando le è stato accordato questo mezzo ausiliario l'ultima volta?

jj, mm, aaaa

Da chi?

2. Generalità

In quale paese risiede?

2.1 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.

Stato civile

dal

gg, mm, aaaa

2.2 Domicilio legale e indirizzo completo

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

Nome dell'istituto

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°

2.3 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..

2.4 Cittadinanza

Cittadini/e svizzeri/e

Comune di appartenenza/cantone

Naturalizzazione dal

gg, mm, aaaa

Cittadini stranieri

Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

gg, mm, aaaa

2.5 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

3. Indicazioni generali

3.1 Prestazioni complementari

Beneficia di prestazioni complementari?

sì no

Se sì, da chi vengono versate?

NPA, Luogo

Via, n°

3.2 Cassa malati

Presso quale cassa malati è affiliato (assicurazione base)?

Nome e indirizzo

4. Indicazioni relative al mezzo ausiliario

4.1 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.)

Il danno alla salute è da ricondurre interamente o parzialmente a:

- 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.)

Il danno alla salute è da ricondurre interamente o parzialmente a:

- Una malattia

Osservazioni supplementari a riguardo dei fatti

4.2 Prescrizione medica

Il mezzo ausiliario richiesto è stato prescritto da un medico specialista?

sì no

Se sì: indichi il nome e l'indirizzo del suo medico specialista

Se no: indichi il nome e l'indirizzo del suo medico curante

Nome

NPA, Luogo

Via, n°

4.3 Indicazioni sul fornitore del mezzo ausiliario

(prego allegare a questa richiesta eventuali copie di preventivi dei costi e/o di fatture)

Ditta

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

5. Modalità di pagamento

Conto bancario Conto postale

intestato a (nome/cognome)

IBAN

Nome e indirizzo della banca

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

Tutti i documenti da presentare sono elencati sopra. Puoi caricare questi documenti online o inviarli per posta.

Caricamento online:

- Formati: jpg, png o pdf
- dimensione massima per documento: 3 megabyte (MB)

Per posta:

Presentare i documenti/allegati (per esempio, la procura) insieme al documento di accompagnamento. La procedura sarà visualizzata quando si invia il modulo elettronicamente.

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
- Copia di certificati medici,
- Copia di preventivi dei costi
- Copia di fatture
- Altro