

1. Generalità



007.001

In quale paese risiede?

Lavora come frontaliere?

- sì
 no

Il suo luogo di residenza abituale è in Svizzera?

- sì
 no

In quale cantone ha la sua residenza abituale?

1.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

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

Età dei figli

Numero di telefono

E-Mail

NPA

Luogo

Via

n°

Attuale luogo di residenza (se diverso dal domicilio legale)

NPA, Luogo

Via, n°

1.2 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

2. Indicazioni sullo stato di salute

2.1 Stato di salute attuale

Il suo stato di salute è rimasto invariato?

sì no

Il suo stato di salute è

migliorato peggiorato

da quando?

gg, mm, aaaa

In che cosa consiste l'eventuale cambiamento?

Il peggioramento dello stato di salute è stato causato parzialmente o interamente da una terza persona?

sì no

2.2 Medico, ospedale o casa di cura

Presso chi si trova in cura attualmente? (Per l'esecuzione della revisione necessitiamo di informazioni mediche sullo stato di salute attuale)

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

Data dell'ultimo controllo

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

Data dell'ultimo controllo

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

2.3 Aiuto di terzi

Negli atti della vita quotidiana (vestirsi/svestirsi, alzarsi/sedersi/coricarsi, mangiare, pulizia personale, espletare i bisogni corporali, spostarsi) necessita dell'aiuto regolare e notevole di terzi oppure necessita di un aiuto nello strutturare la giornata?

sì no

In quali ambiti e da quando?

3. Indicazioni riguardanti l'attività

3.1 Tipo di attività

Lei é

- dipendente indipendente
 nella propria economia domestica senza attività lucrativa

Persone con attività lucrativa dipendente (a tempo pieno o parziale)

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Nota: L'AI richiede al suo datore di lavoro informazioni in merito al suo rapporto lavorativo.

Persone con attività lucrativa indipendente

A quanto ammonta il reddito conseguito negli ultimi tre anni?

Anno

<input type="text"/>	CHF
----------------------	-----

<input type="text"/>	CHF
----------------------	-----

<input type="text"/>	CHF
----------------------	-----

Voglia allegare a questo formulario la documentazione contabile.

3.2 Attività di volontariato

Svolge un'attività di volontariato (anche senza remunerazione)?

sì no

Quale?

Ricopre una carica politica e/o pubblica (anche senza remunerazione)?

sì no

Quale?

3.3 Tempo lavorativo

Nel caso in cui vi sia stato un cambiamento dello stato di salute dal momento del conferimento della rendita o dall'ultima verifica.

Prima del cambiamento

Dopo il cambiamento

Ore al giorno

Ore alla settimana

Ore al giorno

Ore alla settimana

Da quando

gg, mm, aaaa

3.4 Cambiamenti lavorativi

Vi sono stati dei cambiamenti lavorativi per motivi di salute dal momento del conferimento della rendita o dall'ultima revisione?

sì no

Quali?

3.5 Prestazioni del 2° pilastro

Riceve prestazioni da parte di un istituto del 2° pilastro (cassa pensione, istituto di previdenza professionale, ecc.)?
Nome e indirizzo dell'istituto

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, confermo che tutti i dati indicati e i rispettivi documenti allegati sono veritieri.

Data

Osservazioni complementari

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
- Documentazione contabile.
- Altro