



Richiesta d'iscrizione di accrediti per compiti assistenziali

L'iscrizione di un accreditato per compiti assistenziali deve essere richiesta presso la cassa di compensazione cantonale del luogo di domicilio della persona bisognosa di cure.

Gli accreditati per compiti assistenziali sono conteggiati alle persone che si occupano di parenti bisognosi di cure che vivono nella stessa economia domestica.

Per parenti s'intendono in particolare i genitori, i figli, le sorelle e i fratelli oppure i nonni. I coniugi, i suoceri o i figliastri sono equiparati.

I parenti devono essere bisognosi di cure. Ciò si verifica quando essi percepiscono dall'AVS o dall'AI un assegno per grandi invalidi di grado medio o elevato. I sussidi d'assistenza per minorenni grandi invalidi di grado medio o elevato sono parificati agli assegni per grandi invalidi.

Tuttavia, il diritto sussiste solo se la persona che assiste e quella assistita vivono nella stessa economia domestica. Tale condizione è adempita se

- entrambe le persone vivono nello stesso appartamento,
- hanno appartamenti diversi nello stesso edificio,
- vivono in case diverse sullo stesso terreno (ad es. in un vitalizio spettante al cedente di un bene rustico) oppure su terreni confinanti (ad es. in una villetta a schiera).

1. Dati personali della persona richiedente

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Numero AVS _____

NPA, luogo, via, numero

Luogo di domicilio e indirizzo esatto _____

Tel. _____

Luogo di origine _____

Per le persone sposate (dati personali della moglie risp. del marito)

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Numero AVS _____

Ha figli di età inferiore ai 16 anni? sì * no

Data di nascita del figlio minore _____

* In questo caso non vi è il diritto a un accreditato per compiti assistenziali in quanto sono già concessi accrediti per compiti educativi.

E' salariato/a? indipendente? senza attività lucrativa?

Ditta e nome del datore di lavoro risp. Suo indirizzo professionale

Sua moglie risp. Suo marito è

salariato/a? indipendente? senza attività lucrativa?

Ditta e nome del datore di lavoro risp. suo indirizzo professionale

2. Dati personali della persona bisognosa di cure

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____
Numero AVS _____
Luogo di domicilio e indirizzo esatto _____
NPA, luogo, via, numero _____
Tel. _____
Luogo di origine _____

Nome della cassa di compensazione che versa l'assegno per grandi invalidi o _____

nome dell'ufficio AI che versa il sussidio d'assistenza _____

3. Grado di parentela

Qual è il grado di parentela tra Lei e la persona bisognosa di cure?

Genitori

Coniuge

Figli/figliastri

Fratelli e sorelle

Altro, _____

Altri parenti assistono la persona bisognosa di cure? _____

sì * no

* in questo caso si deve compilare un altro modulo per tali persone _____

4. Durata dell'assistenza nell'anno precedente l'inoltro di questa richiesta

Inizio: _____ Fine: _____

5. Intensità dell'assistenza

Per quanto tempo la persona bisognosa di cure vive nella stessa economia domestica della persona che l'assiste?

Tutta la settimana

Solo la fine settimana

Durante le vacanze

Altro, _____

● Devono essere allegati alla richiesta:

- **tutti i certificati di assicurazione AVS/AI** della persona richiedente e del coniuge
- **i documenti personali** (ad esempio libretto di famiglia, certificato di stato civile o estratto del registro delle famiglie, permesso di residenza o di soggiorno, ricevuta dei documenti di legittimazione, passaporto, libretto per stranieri).

Data _____

Firma della persona che assiste o del/la suo/a rappresentante _____

Firma della persona bisognosa di cure o del/la suo/a rappresentante _____

Firma delle altre persone che assistono la persona bisognosa di cure _____

Allegati _____



Foglio complementare alla richiesta d'iscrizione di accrediti per compiti assistenziali

Questo foglio complementare deve essere inoltrato assieme alla richiesta d'iscrizione di accrediti per compiti assistenziali.

Si deve compilare un foglio complementare per ogni persona che assiste.

1. Dati personali della persona richiedente

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Numero AVS _____

NPA, luogo, via, numero _____

Luogo di domicilio
e indirizzo esatto _____

_____ Tel. _____

Luogo di origine _____

Per le persone sposate (dati personali della moglie risp. del marito)

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Numero AVS _____

Ha _____ figli di età inferiore ai 16 anni? sì * no

Data di nascita _____ del figlio minore _____

* In questo caso non vi è il diritto a un accredito per compiti assistenziali in quanto sono già concessi accrediti per compiti educativi.

E' _____ salariato/a? _____ indipendente? _____ senza attività lucrativa? _____

Ditta e nome del datore di lavoro risp. Suo indirizzo professionale _____

Sua moglie risp. Suo marito è _____

_____ salariato/a? _____ indipendente? _____ senza attività lucrativa? _____

Ditta e nome del datore di lavoro risp. suo indirizzo professionale _____

2. Dati personali della persona bisognosa di cure

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Numero AVS _____
NPA, luogo, via, numero

Luogo di domicilio e indirizzo esatto _____
_____ Tel. _____

Luogo di origine _____

3. Grado di parentela

Qual è il grado di parentela tra Lei e la persona bisognosa di cure?

- Genitori _____ Coniuge _____
- Figli/figliastri _____ Fratelli e sorelle _____
- Altro, _____

4. Durata dell'assistenza nell'anno precedente l'inoltro di questa richiesta

Inizio: _____ Fine: _____

5. Intensità dell'assistenza

Per quanto tempo la persona bisognosa di cure vive nella stessa economia domestica della persona che l'assiste?

- Tutta la settimana _____ Solo la fine settimana _____ Durante le vacanze _____
- Altro, _____

● Devono essere allegati alla richiesta:

- **tutti i certificati di assicurazione AVS/AI** della persona richiedente e del coniuge
- **i documenti personali** (ad esempio libretto di famiglia, certificato di stato civile o estratto del registro delle famiglie, permesso di residenza o di soggiorno, ricevuta dei documenti di legittimazione, passaporto, libretto per stranieri).

Data _____ Firma della persona che assiste o del/la suo/a rappresentante _____

_____ Firma della persona bisognosa di cure o del/la suo/a rappresentante _____

_____ Firma delle altre persone che assistono la persona bisognosa di cure _____

Allegati _____
