Assicurazione federale per l'invalidità (AI)

Richiesta per adulti: Integrazione professionale/ Rendita

Istituto delle assicurazioni sociali

Istituto delle assicurazioni sociali
Ufficio dell'asssicurazione invalidità
Via dei Gaggini 3
Casella postale
6501 Bellinzona

Istituto delle assicurazioni sociali
Ufficio dell'assicurazione invalidità

Casella postale
6501 Bellinzona

Telefono 091 821 91 11
Fax 091 821 92 99
ias@ias.ti.ch
www.iasticino.ch

Sua richiesta:
La invitiamo a compilare accuratamente

Questo modulo è atto alla richiesta di prestazioni. L'Ufficio AI può procedere con la valutazione della sua richiesta se il modulo è compilato in modo completo e preciso.

I nostri suggerimenti per la compilazione del modulo di richiesta:
1 Legga il modulo in tutta calma.
2 Evidenzi le domande che non le sono chiare.
3 Prenda atto del fatto che vi sono delle risposte che andranno completate con della documentazione. Raccolga questa documentazione prima di compilare il modulo.

Tre domande dopo la compilazione del modulo di richiesta:
– Ha risposto in modo esaustivo a tutte le domande?
– Il modulo è stato firmato?
– Ha accluso tutti i documenti necessari?

Questo modulo può anche essere scaricato dalla nostra pagina web.

Se necessita di aiuto nel rispondere alle domande, non esiti a telefonarci.
Siamo lieti di aiutarla.

Presentiamo i nostri più distinti saluti.

Richiesta per adulti: Integrazione professionale/Rendita

Quali prestazioni assicurative richiede?

☐ Provvedimenti d'integrazione professionale

☐ Rendita (si esamina se provvedimenti integrativi non entrassero in linea di conto)

1. Generalità

> 1.1

Cognome (coniugate o vedove indichino anche il cognome da nubile)

> 1.2

Nomi (tutti i nomi, si scriva in maiuscolo quello comunemente in uso)

☐ femminile ☐ maschile

> 1.3

Data di nascita (giorno/mese/anno) | N° AVS

> 1.4

Domicilio legale e indirizzo completo

NAP, Luogo | Via, n°

Numero di telefono | Cellulare

Attuale luogo di residenza (se diverso dal domicilio legale, p.es. ospedale o casa di cura)

Nome dell'istituto

NAP, Luogo | Via, n°

> 1.5

Esiste una tutela? ☐ sì ☐ no

Una curatela? ☐ sì ☐ no

In caso affermativo: nome, cognome e indirizzo del tutore o del curatore

Sede dell'autorità tutoria

Alleghi a questa domanda una copia della risoluzione di tutela o di curatela, redatta dalla commissione tutoria regionale.

> 1.6

Attinenza di cittadini svizzeri

Comune di attinenza/cantone | Naturalizzazione dal

Attinenza di cittadini stranieri

Nazionalità | Data di entrata in Svizzera

> 1.7

Stato civile (prego contrassegnare con una crocetta e fornire tutte le date in modo preciso)

☐ celibe/nubile

☐ coniugato(a)
☐ vedovo(a)
☐ divorziato(a)
☐ separato(a) legalmente

☐ unione domestica registrata
☐ unione domestica registrata sciolta in seguito a decesso
☐ unione domestica registrata sciolta giudizialmente
☐ unione domestica registrata in regime di separazione giudiziale

dal (data esatta)

Eventuale matrimonio(i) o unione(i) domestica registrata precedente.
Data esatta del matrimonio/registrazione dell'unione domestica

☐ vedovo(a) ☐ divorziato(a) ☐ separato(a) legalmente
☐ u. d. registrata sciolta per decesso ☐ u. d. registrata sciolta giudizialmente ☐ u. d. registrata in regime di separazione giudiziale
dal (data esatta)

Cognome	Nome	Data di nascita GG/MM/AA	Sesso m o f	N° AVS

Data esatta del matrimonio/registrazione dell'unione domestica

☐ vedovo(a) ☐ divorziato(a) ☐ separato(a) legalment
☐ u. d. registrata sciolta per decesso ☐ u. d. registrata sciolta giudizialmente ☐ u. d. registrata in regime di separazione giudiziale
dal (data esatta)

Cognome	Nome	Data di nascita GG/MM/AA	Sesso m o f	N° AVS

2. Generalità del coniuge o del(la) partner registrato(a)

> **2.1**
Cognome (coniugate o vedove indichino anche il cognome da nubile)

> **2.2**
Nomi (tutti i nomi, si scriva in maiuscolo quello comunemente in uso)

> **2.3**

Data di nascita (giorno/mese/anno)	N° AVS

> **2.4**
Attinenza di cittadini svizzeri

Comune di attinenza/cantone	Naturalizzazione dal

Attinenza di cittadini stranieri

Nazionalità	Data di entrata in Svizzera

3. Figli

Generalità di tutti i figli, per i quali è richiesta una rendita per figli o assegni per compiti educativi, a complemento della rendita d'invalidità.

Vanno indicati i dettagli di tutti i figli (anche quelli maggiorenni)

> **3.1**
Figli propri (anche figli adottivi)

Cognome, nome	Data di nascita GG/MM/AA	Ev. data decesso GG/MM/AA	In formazione sì o no	N° AVS

> **3.2**

Figliastri

Cognome, nome	Data di nascita GG/MM/AA	Ev. data decesso GG/MM/AA	In formazione sì o no	N° AVS

> **3.3**

Affiliati

Cognome, nome	Data di nascita GG/MM/AA	Ev. data decesso GG/MM/AA	In formazione sì o no	N° AVS

4. Indicazioni generali

> **4.1**

È mai stato(a) domiciliato(a) all'estero

☐ sì ☐ no

Dal (mese/anno)	al (mese/anno)	in (Stato)

> **4.2**

Per persone coniugate, vedove e divorziate/Persone in unione domestica registrata, sciolta giudizialmente o a causa di decesso:

Il/La suo(a) partner è mai stato(a) domiciliato all'estero?

☐ sì ☐ no

Dal (mese/anno)	al (mese/anno)	in (Stato)

> **4.3**

Ha svolto un'attività lucrativa all'estero?

☐ sì ☐ no

Dal (mese/anno)	al (mese/anno)	in (Stato)

In uno degli Stati dell'UE (prego segnare con una crocetta):

☐ ha svolto un'attività lucrativa dipendente?
☐ ha svolto un'attività lucrativa indipendente?
☐ ha effettuato degli studi?
☐ ha prestato servizio militare?

> **4.4**

Lei o il suo coniuge/partner registrato ha già inoltrato una richiesta di prestazioni dell'AI?

☐ sì ☐ no

In caso affermativo, presso quale ufficio AI?

> **4.5**

Ha fatto richiesta o beneficia di prestazioni da parte dell'AVS o dell'AI?
(rendite o altre prestazioni)

> **4.5.1**

Per lei?

☐ sì ☐ no

In caso affermativo, quali?

> **4.5.2**

Per il suo coniuge/partner registrato?

☐ sì ☐ no

In caso affermativo, quali?

> **4.5.3**

Per i suoi figli?

☐ sì ☐ no

In caso affermativo, quali?

> **4.5.4**

In caso affermativo, presso quale Ufficio AI o Cassa di compensazione?

> **4.6**

Si è annunciato o beneficia già di prestazioni:
(p.es. trattamento medico, provvedimenti integrativi, indennità giornaliera, rendita, mezzi ausiliari)

☐ da un'assicurazione d'indennità giornaliera?
Se sì, nome e indirizzo dell'assicurazione nonché numero di contratto

☐ dalla SUVA?
Se sì, nome e indirizzo dell'assicurazione nonché numero d'infortunio

☐ da un'altra assicurazione nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni?
Se sì, nome e indirizzo dell'assicurazione nonché numero d'infortunio

☐ dall'assicurazione militare?
Se sì, nome e indirizzo dell'assicurazione nonché numero di riferimento

☐ da un istituto di previdenza professionale?
Se sì, nome e indirizzo dell'istituto

☐ dall'ufficio del sostegno sociale?
Se sì, nome e indirizzo dell'ufficio del sostegno sociale

☐ dall'assicurazione contro la disoccupazione?
Se sì, nome e indirizzo della cassa AD (se sono state versate indennità per disoccupazione)

☐ dell'ufficio regionale di collocamento?
Se sì, nome e indirizzo dell'URC

5. Indicazioni sulla formazione, professione e attività finora svolta

> 5.1

Scuole frequentate (senza quelle frequentate per la formazione professionale – che andranno inserite sotto la cifra 5.2)

> 5.2

Formazione effettuata

Tipo di formazione: (studio, apprendistato formazione pratica in azienda, ecc.)	Durata dal	al	Attestato di capacità diploma, ecc.

Nome e indirizzo del luogo di formazione o del maestro di tirocinio

Tipo di formazione	Durata dal	al	Attestato di capacità diploma, ecc.

Nome e indirizzo del luogo di formazione o del maestro di tirocinio

> 5.3

Lingua materna

Dispone di conoscenze linguistiche?
In caso affermativo, quali?

È in possesso di una licenza di condurre?
In caso affermativo, per quali categorie?

Ha conoscenze informatiche (PC)?
In caso affermativo, di quali applicativi?

Dispone di ulteriori conoscenze particolari?
In caso affermativo, di quali?

> 5.4

Persone esercitanti un'attività lucrativa

Attività principale o parziale (le indicazioni devono riferirsi agli **ultimi 3 anni** prima dell'inoltro della domanda di prestazioni)

Tipo di attività	% di occupazione

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Durata dal	al	Stipendio lordo CHF (ora, settimana, mese)

Tipo di attività | % di occupazione

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Durata dal | al | Stipendio lordo CHF (ora, settimana, mese)

Tipo di attività | % di occupazione

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Durata dal | al | Stipendio lordo CHF (ora, settimana, mese)

> 5.5

Attività accessorie (le indicazioni devono riferirsi agli **ultimi 3 anni** prima dell'inoltro della domanda di prestazioni)

Tipo di attività | % di occupazione

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Durata dal | al | Stipendio lordo CHF (ora, settimana, mese)

Tipo di attività | % di occupazione

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Durata dal | al | Stipendio lordo CHF (ora, settimana, mese)

> 5.6

Persone senza attività lucrativa

Tipo di attività (casalinga, studente, ecc.) | Durata dal | al

> 5.7

Disoccupazione

totale (il rapporto di lavoro è stato sciolto)

Durata dal | al

Nome e indirizzo della cassa disoccupazione (se ha percepito indennità per disoccupazione)

parziale (qualora il rapporto di lavoro fosse ancora in vigore)

in % | Durata dal | al

Nome e indirizzo della cassa disoccupazione (se ha percepito indennità per disoccupazione)

6. Indicazioni sulle limitazioni dovute al danno alla salute

> 6.1

Il danno alla salute è stato causato da

☐ Infermità congenita? ☐ Malattia? ☐ Infortunio?

> 6.2

Indicazioni dettagliate circa il genere del danno

> 6.3

Da quando sussiste il danno?

> 6.4

Inabilità lavorativa per malattia

Durata dal	al	in %	Nome e indirizzo dell'assicurazione malattia

> 6.5

Inabilità lavorativa per infortunio

Durata dal	al	in %	Nome e indirizzo dell'assicurazione infortuni

> 6.6

Il danno è stato causato interamente o parzialmente da terzi (p.es. incidente stradale)?

☐ sì ☐ no

> 6.7

Presso chi si trova in cura attualmente?

Nome e indirizzo del medico curante

dal	al	Per quali affezioni?

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

Specializzazione

dal	al	Per quali affezioni?

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

Specializzazione

dal	al	Per quali affezioni?

7. Modalità di pagamento

☐ Conto bancario (specificare esattamente il tipo, p.es. conto privato, conto risparmio)

Nome e indirizzo della banca e della filiale | N° conto bancario

Intestato a (nomi, cognomi)

Conto postale della banca | N° clearing bancario

☐ Conto postale

N° del conto postale

8. Osservazioni complementari

> 8.1

Membri della famiglia

Se il coniuge, il/la partner registrato(a) o i figli richiedono prestazioni proprie da parte dell'Assicurazione invalidità, è necessario compilare un formulario specifico per ciascuno.

Informazione: Quando sussiste il diritto ad una rendita per figli?
Il diritto alla rendita per figli sussiste fino al compimento del 18mo anno di età. Per figli in età compresa tra i 18 ed i 25 anni vi è diritto ad una rendita per quanto siano in formazione. In questi casi è necessario allegare copia del contratto di tirocinio o un'attestazione dell'istituto scolastico su cui figuri l'inizio e la durata presumibile della formazione o dello studio.

> 8.2

Periodi contributivi

Al fine di permettere ai collaboratori dell'AVS e AI di accertare accuratamente i periodi di contribuzione per un eventuale calcolo della rendita, è necessario che

– i cittadini stranieri e
– persone che non hanno acquisito la cittadinanza svizzera durante tutta la durata della loro attività lucrativa in Svizzera alleghino alla domanda di prestazioni ogni documento a loro disposizione che fornisca dati precisi sulla durata dell'attività lucrativa e del soggiorno in Svizzera (certificati di lavoro, distinte di salario, libretto per stranieri, permesso di soggiorno, ecc.).
  I certificati di lavoro e le distinte di salario sono indispensabili per la definizione dei periodi di contribuzione negli anni precedenti il 1969. Qualora questi documenti non fossero più disponibili, per la determinazione della durata contributiva si adotterà una procedura semplificata.

9. Punto d'inoltro della domanda di prestazioni

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

10. 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.

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

11. Obbligo di cooperare

La persona assicurata si impegna ad intraprendere tutto quanto sia esigibile al fine di ridurre la durata e l'entità dell'inabilità lavorativa e di evitare l'insorgenza di un'invalidità. Essa prende inoltre atto di essere tenuta a partecipare attivamente a tutti i provvedimenti esigibili.

12. Firma/allegati

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

Data

Firma della persona assicurata o del rappresentante

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

I suoi allegati e osservazioni complementari

Alla domanda vanno allegati

- **tutti i certificati di assicurazione dell'AVS/AI** della persona avente diritto a prestazioni
- **copia di un documento personale ufficiale** (p.es. libretto di famiglia, certificato individuale di stato civile o atto di famiglia, ricevute di documenti, passaporto) da cui può essere verificata l'identità di tutte le persone citate nella domanda di prestazioni
- **per cittadini stranieri:** copia del permesso per stranieri
- **si accludano inoltre:** Attestazioni di formazione e/o di studio redatti dal datore di lavoro o dalla sede scolastica, certificati medici, copia della sentenza di separazione coniugale o di divorzio arrecante il timbro di crescita in giudicato o copia della convenzione di divorzio o di separazione vidimata legalmente, copia dei certificati di nascita dei figli, certificato di esistenza in vita, certificato di morte, risoluzione di tutela o di curatela.