



# Richiesta di prestazioni AI per adulti

Leggere le osservazioni a pagina 6!

Indicare con una crocetta ciò che il caso richiede 

N. AVS

## 1. Dati personali dell'assicurato(a)

Per le persone assicurate sposate o vedove, indicare anche il cognome da celibe/nubile

1.1 Cognome

Indicare tutti i nomi e sottolineare quello usuale

femminile

maschile

1.2 Nomi

Giorno, mese, anno

1.3 Data di nascita

1.4 Domicilio e

indirizzo esatto

Numero postale d'avviamento, luogo, via, numero

N. tel.

1.5 Stato civile

Celibe-nubile

sposato(a) dal

vedovo(a) dal

divorziato(a) dal

separato(a) dal

Indicare con una  
crocetta ciò che  
il caso richiede o  
indicare la data

1° matrimonio

ev. 2° matrimonio

ev. 3° matrimonio

Cognome, nomi e date di nascita degli ex-coniugi

1.6 Attinenza  
per gli Svizzeri

Comune d'origine/Cantone

Nazionalità svizzera dal

Nazionalità

Attinenza  
per gli stranieri

1.7 Esiste una tutela?

sì

no

; o una curatela?

sì

no

Se sì, nome, cognome e indirizzo del tutore risp. del curatore

Sede dell'autorità tutoria

N. AVS

## 2. Dati personali del coniuge dell'assicurato/a

Per le persone assicurate sposate o vedove, indicare anche il cognome da celibe/nubile

2.1 Cognome \_\_\_\_\_

Indicare tutti i nomi e sottolineare quello usuale

2.2 Nomi \_\_\_\_\_

Giorno, mese, anno

2.3 Data di nascita \_\_\_\_\_

## 3. Figli

Indicazioni su tutti i figli per i quali si può domandare una **rendita per figli** in aggiunta alla rendita d'invalidità o un **accredito per compiti educativi**.

### 3.1 Figli propri (anche figli adottivi)

Cognome	Nomi	Data di nascita (giorno, mese, anno)	Ev. data di morte (giorno, mese, anno)	Sesso (m o f)
---------	------	---	---	------------------

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

N. AVS
N. AVS
N. AVS
N. AVS
N. AVS
N. AVS
N. AVS
N. AVS

### 3.2 Figliastri

Cognome	Nomi	Data di nascita (giorno, mese, anno)	Ev. data di morte (giorno, mese, anno)	Sesso (m o f)
---------	------	---	---	------------------

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

N. AVS
N. AVS
N. AVS
N. AVS

### 3.3 Affiliati

Cognome	Nomi	Data di nascita (giorno, mese, anno)	Ev. data di morte (giorno, mese, anno)	Sesso (m o f)
---------	------	---	---	------------------

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

N. AVS
N. AVS
N. AVS
N. AVS

### Diritto alla rendita per figli

Il diritto alla rendita per figli esiste fino al compimento del 18° anno del figlio. I figli di età compresa tra i 18 e i 25 anni hanno diritto alla rendita solo fino al termine del loro apprendistato o dei loro studi. Essi dovranno allegare alla presente richiesta il contratto di tirocinio o un certificato dell'istituto scolastico, in cui devono figurare l'inizio e la durata probabile della formazione.

### Diritto agli accrediti per compiti educativi

Il diritto agli accrediti per compiti educativi esiste per gli anni a partire dal 1948 (entrata in vigore della legge federale sull'AVS) in cui la persona assicurata aveva figli che non avevano ancora compiuto il 16° anno d'età o che sono nati dopo il 31 dicembre 1931.

#### 4. Indicazioni generali

4.1 E' stato(a) domiciliato(a) all'estero?                      sì                      no  
Mese, anno    Mese, anno    Stato  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Data d'entrata in Svizzera \_\_\_\_\_

4.2 Per persone sposate, vedove o divorziate: il marito risp. la moglie era domiciliato/a all'estero?  
sì                      no  
Mese, anno    Mese, anno    Stato  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Data d'entrata in Svizzera \_\_\_\_\_

4.3 Ha compiuto periodi di contribuzione o di assicurazione presso istituzioni ufficiali di previdenza sociale di Stati esteri?    sì                      no  
Se sì, in quale? \_\_\_\_\_

**Avviso importante:**

Affinché gli organi di esecuzione dell'AVS e dell'AI possano determinare con precisione i periodi di contribuzione

- i cittadini stranieri e/o
- le persone che non avevano la cittadinanza svizzera durante l'esercizio della loro attività lucrativa in Svizzera

devono sempre allegare alla loro domanda il loro **libretto degli stranieri**, risp. il loro **permesso di soggiorno**. Inoltre, per il periodo precedente il 1969, i certificati di lavoro così come i conteggi del salario sono indispensabili per determinare la durata di contribuzione in modo corretto.

**Se tali documenti non sono presentati, la durata di contribuzione sarà determinata mediante una procedura semplificata!**

4.4 Ha già presentato Lei o il suo coniuge una domanda di prestazioni AI?  
sì                      no                      In caso di risposta affermativa, presso quale ufficio AI o cassa di compensazione? \_\_\_\_\_

4.5 Sono già state o sono assegnate prestazioni (rendite o altre prestazioni) dell'AVS o dell'AI?

4.5.1 Per Lei?    sì                      no                      Se sì, quale? \_\_\_\_\_

4.5.2 Per il suo coniuge?    sì                      no                      Se sì, quale? \_\_\_\_\_

4.5.3 Per i suoi figli?    sì                      no                      Se sì, quale? \_\_\_\_\_

4.5.4 In caso di risposta affermativa, presso quale cassa di compensazione/ufficio AI? \_\_\_\_\_

4.6 Ha chiesto o percepisce prestazioni (p.es. cure mediche, provvedimenti d'integrazione, indennità giornaliera, rendita, mezzi ausiliari)

- dall'INSAI?    sì                      no
- da un'altra assicurazione nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni?                      sì                      no
- dall'assicurazione militare?                      sì                      no

4.6.1 In caso di risposta affermativa, nome e indirizzo dell'assicurazione (o dell'agenzia competente) \_\_\_\_\_

4.6.2 Referenza (per es. numero dell'infortunio, della rendita) \_\_\_\_\_

4.7 Presso quale cassa malati è affiliato/a (assicurazione di base)? \_\_\_\_\_

4.8 Presso quale istituto di previdenza professionale del secondo pilastro (cassa pensione) era assicurato al momento in cui l'incapacità lavorativa è subentrata o qual'è l'ultimo istituto di previdenza al quale è stato affiliato?  
Nome e indirizzo dell'istituto di previdenza (cassa pensione) \_\_\_\_\_

4.9 Quali autorità o istituzioni si sono occupate finora della sua invalidità?

Nome e genere di questi uffici (uffici d'orientamento professionale, uffici del lavoro, enti assistenziali pubblici e privati, INSAI, assicurazione militare, assicurazione malattia, assicurazione contro gli infortuni, casse pensioni, ecc.)

Quando?  
(mese e anno)

5. Versamento

Quale modo di pagamento della rendita preferisce?

Sul **conto bancario** (designazione esatta, per es. conto di risparmio, conto di deposito, libretto di risparmio)

\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
presso la (nome ed indirizzo della banca risp. della sua filiale)

N. del conto postale della banca \_\_\_\_\_ Clearing bancario N. \_\_\_\_\_

Sul **conto postale** N.: \_\_\_\_\_

Il versamento della rendita d'invalidità avviene, di regola, solo su un conto bancario o postale. In seguito ad una domanda specifica, la rendita d'invalidità può invece essere versata anche in contanti.

Le richieste di pagamento della rendita ad un terzo o ad un'autorità devono essere fatte su apposito modulo e debitamente motivate.

6. Indicazioni circa la formazione, la professione e l'attività esercitata finora

6.1 Scuole frequentate (tranne quelle in vista della formazione professionale; queste sono da indicare al punto 6.2)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.2 Professione scelta

Genere della formazione professionale (studi, apprendistato, formazione aziendale accelerata, ecc.)	Nome e indirizzo della scuola o del maestro d'apprendistato	Durata dal	al	Certificato (certificato di capacità, diploma, ecc.)
---	---	------------	----	--

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

6.3 Persone esercitanti un'attività lucrativa

(Le indicazioni seguenti devono riferirsi ai 3 anni che precedono immediatamente la presentazione della richiesta. Gli indipendenti dovranno menzionare, sotto "datori di lavoro", l'annotazione "indipendente". Le persone che esercitano contemporaneamente un'attività indipendente e salariata devono indicare separatamente i redditi lordi corrispondenti.)

6.3.1 Attività principale (attività accessorie, cfr. punto 6.5)

Genere	Nome e indirizzo dei datori di lavoro	Durata dal	al	Reddito lordo fr. Ora, settimana, mese
--------	---------------------------------------	------------	----	--

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

6.4 Persone senza attività lucrativa

(Le indicazioni devono riferirsi ai 3 anni che precedono immediatamente la presentazione della richiesta)

6.4.1 Attività principale (attività accessorie, cfr. punto 6.5)

(casalinga/o, studente, ecc.)

Genere	Durata dal	al
--------	------------	----

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6.5 Attività accessorie

Genere	Nome e indirizzo dei datori di lavoro	Durata dal	al	Reddito lordo fr. Ora, settimana, mese
--------	---------------------------------------	------------	----	--

---

---

---

6.6 Incapacità lavorativa dovuta a malattia o a infortunio

6.6.1 totale

Durata dal	al	Nome e indirizzo della cassa malati risp. dell'assicurazione contro gli infortuni
------------	----	---

---

---

---

6.6.2 parziale

Ore al giorno	Ore alla settimana	Durata dal	al	Nome e indirizzo della cassa malati risp. dell'assicurazione contro gli infortuni
---------------	--------------------	------------	----	---

---

---

---

6.7 Disoccupazione

6.7.1 totale (in caso di scioglimento del contratto di lavoro)

Durata dal	al	Nome e indirizzo della cassa di assicurazione contro la disoccupazione (se sono state pagate indennità di disoccupazione)
------------	----	---

---

---

---

6.7.2 parziale (i vincoli contrattuali permangono)

Ore al giorno	Ore alla settimana	Giorni alla settimana	Giorni al mese	Durata dal	al	Nome e indirizzo della cassa di assicurazione contro la disoccupazione ( se sono state pagate indennità di disoccupazione)
---------------	--------------------	-----------------------	----------------	------------	----	--

---

---

---

**7. Indicazioni concernenti il danno alla salute** (Osservazioni complementari possono essere aggiunte al punto 8)

7.1 Il danno è stato cagionato da un'infermità congenita una malattia un infortunio

7.2 Indicazioni dettagliate circa il genere del danno

---

---

---

7.3 Da quando sussiste il danno?

7.4 Il danno è stato causato interamente o parzialmente da un terzo? sì no

7.5 Chi ha effettuato le cure mediche? (Sottolineare il nome del medico curante)

7.5.1 l'ultima volta

Nome e indirizzo del medico, dell'ospedale o della casa di cura	Da quando a quando? (mese e anno)	Per quali affezioni?
---	-----------------------------------	----------------------

---

---

---

7.5.2 anteriormente

Nome e indirizzo del medico, dell'ospedale o della casa di cura	Da quando a quando? (mese e anno)	Per quali affezioni?
---	-----------------------------------	----------------------

---

---

---

7.6	Dispone già di mezzi ausiliari (protesi, carrozzella, ecc.)?	sì	no
	Se sì, designazione esatta _____		
	Da quando? _____		
7.7	Ha costantemente bisogno dell'aiuto di terzi o di sorveglianza personale per compiere gli atti ordinari della vita (vestirsi, svestirsi, mangiare, lavarsi, ecc.)?	sì	no
7.8	Quali prestazioni d'assicurazione sono richieste? (indicare con una crocetta la prestazione richiesta; fornire eventualmente indicazioni supplementari al punto 8)		
	Orientamento professionale		
	Avviamento ad altra professione		
	Riadattamento nella stessa professione		
	Collocamento in un altro posto di lavoro		
	Mezzi ausiliari (protesi, carrozzella, ecc.)	Se sì, quali? _____	
	Fornitore desiderato _____		
	Provvedimenti sanitari speciali di reintegrazione (cfr. "Osservazioni", lettera c.)		
	Rendita (viene accordata, in linea di massima, solamente se dei provvedimenti d'integrazione non entrano in linea di conto)		

## 8. Osservazioni supplementari

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Osservazioni

### a. Istanze a cui deve essere presentata la richiesta

La richiesta deve essere inoltrata presso l'ufficio AI competente. Essa può essere presentata anche alla cassa di compensazione AVS (cfr. indirizzo nell'ultima pagina degli elenchi telefonici) o ad una sua agenzia.

### b. Congiunti invalidi

Se un coniuge o figli invalidi richiedessero prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità, ciascuno di essi dovrà compilare un modulo.

### c. Provvedimenti sanitari d'integrazione

La cura delle malattie o dei postumi d'infortuni entra nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie e dell'assicurazione contro gli infortuni. L'AI accorda dunque agli(alle) assicurati/e adulti/e soltanto provvedimenti destinati non alla cura vera e propria dell'affezione, ma direttamente necessari all'integrazione professionale e atti a migliorare, in modo durevole e sostenziale, la capacità al guadagno o a preservarla da una notevole diminuzione. Quando l'AI prende in considerazione un caso, copre le spese della cura medica (ambulatoria o in camera comune di un ospedale), della cura tramite il personale paramedico (fisioterapisti, ecc.) e dei farmaci.

### d. Esecuzione di provvedimenti d'integrazione

La richiesta di provvedimenti d'integrazione deve, in linea di massima, essere presentata prima della loro esecuzione e cioè in tempo utile, affinché l'ufficio AI possa pronunciarsi sulla richiesta della persona assicurata prima dell'inizio dell'esecuzione e assegnare la prestazione. Questa procedura viene applicata in modo particolare per i provvedimenti d'integrazione di ordine professionale.

**Procura**

Firmando il presente modulo, la persona assicurata o il suo rappresentante autorizza tutte le persone e tutti gli uffici entranti in considerazione (quindi in particolare medici, personale paramedico, ospedali, case di cura, casse malati, datori di lavoro, avvocati, società fiduciarie, assicurazioni pubbliche e private, uffici pubblici e enti assistenziali privati) a fornire ai competenti organi dell'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti e dell'assicurazione per l'invalidità le **informazioni** necessarie per stabilire la fondatezza della richiesta ed appurare se l'assicurato ha diritto alle prestazioni nonché per l'esecuzione del regresso contro terzi, contro i quali la persona assicurata può far valere pretese di risarcimento-danni relative al caso d'assicurazione.

Il/la sottoscritto/a conferma di aver risposto a tutte le domande in modo completo e conformemente alla verità.

Data

Firma della persona assicurata o del/la suo/a rappresentante

Allegati

Indirizzo del/la rappresentante se l'assicurato/a non appone personalmente la firma

L'avente diritto deve giustificare le sue indicazioni.

● **Alla richiesta di rendita vanno allegati:**

- **Tutti i certificati d'assicurazione AVS-AI** dell'avente diritto.
- **Tutti i libretti delle marche assicurative AVS** della persona assicurata.
- **I documenti personali** (p.es. libretto di famiglia, certificato individuale di stato civile o atto di famiglia, permesso di domicilio o di soggiorno, ricevute di documenti, passaporto, libretto degli stranieri), da cui può essere verificata l'identità di tutte le persone citate nella domanda.
- **Si devono eventualmente allegare:** certificati di formazione e pezze giustificative di istituti scolastici e datori di lavoro, copia della sentenza di divorzio o di separazione oppure della convenzione di divorzio o di separazione omologata, copie dei certificati di nascita dei figli, certificato di esistenza in vita, certificato di morte, attestazione dell'autorità tutoria.

Osservazioni

Richiesta esaminata in base a:

Ufficio di controllo (data, visto):

Esame concernente il regresso ai sensi della cifra 4.6 e 7.1 e 7.4 eseguito. Foglio complementare R (formulario 318.273.01) risp. domanda all'INSAI/AM (formulario 318.273.04) spedito:

si  no

Visto della persona incaricata dell'esame: