



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

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

Celibe-nubile sposato(a) dal vedovo(a) dal divorziato(a) dal separato(a) dal

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?

si no ; o una curatela? si 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)		Data di nascita	Ev. data di morte	Sesso	N. AVS
Cognome	Nomi	(giorno, mese, anno)	(giorno, mese, anno)	(m o f)	
1.	_____				N. AVS
2.	_____				N. AVS
3.	_____				N. AVS
4.	_____				N. AVS
5.	_____				N. AVS
6.	_____				N. AVS
7.	_____				N. AVS
8.	_____				N. AVS

3.2 Figliastri		Data di nascita	Ev. data di morte	Sesso	N. AVS
Cognome	Nomi	(giorno, mese, anno)	(giorno, mese, anno)	(m o f)	
1.	_____				N. AVS
2.	_____				N. AVS
3.	_____				N. AVS
4.	_____				N. AVS

3.3 Affiliati		Data di nascita	Ev. data di morte	Sesso	N. AVS
Cognome	Nomi	(giorno, mese, anno)	(giorno, mese, anno)	(m o f)	
1.	_____				N. AVS
2.	_____				N. AVS
3.	_____				N. AVS
4.	_____				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.

4.9 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?
---	-----------------------------------	----------------------

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: