



Richiesta di prestazioni AI per assicurati/e che non hanno ancora compiuto i 20 anni

Leggere le avvertenze a pagina 5!

Scrivere leggibilmente!

Dove richiesto apporre una crocetta a ciò che fa al caso

1. Dati personali dell'assicurato/a

1.1 Cognome _____

Si prega di indicare tutti i nomi e di sottolineare quello usuale femminile maschile

1.2 Nomi _____

Giorno, mese, anno

1.3 Data di nascita _____

Se non è più celibe/nubile, l'assicurato/a deve indicare la data del cambiamento di stato civile

1.4 Stato civile _____

Comune e Cantone; per gli stranieri, nazionalità e luogo di nascita

1.5 Luogo d'origine _____

Via e numero, designazione locale precisa con numero di avviamento postale; in caso di degenza in ospedale o in una casa di cura o di collocamento presso una famiglia affidataria, indicarne l'indirizzo

1.6 Indirizzo _____

NPA _____ N. di telefono _____

Giorno, mese, anno

1.7 Residenza in Svizzera dal _____

Soltanto per le persone straniere

1.8 Esiste una tutela? sì no ; una curatela? sì no

1.8.1 In caso di risposta affermativa, nome e indirizzo del tutore, risp. del curatore _____

1.8.2 In caso di risposta affermativa, sede dell'autorità tutoria _____

2. Dati personali dei genitori dell'assicurato/a

2.1 Padre

2.1.1 Cognome e nomi _____

Giorno, mese, anno

2.1.2 Data di nascita _____

Indicare anche la data del cambiamento di stato civile

2.1.3 Stato civile _____

Comune e Cantone; per gli stranieri, nazionalità e luogo di nascita

2.1.4 Luogo d'origine _____

Giorno, mese, anno

2.1.5 Eventuale data di morte _____

Giorno, mese, anno

2.1.6 Residenza in Svizzera dal _____

Soltanto per le persone straniere o i rimpatriate

Via e numero, designazione locale precisa con numero postale di avviamento, Comune politico, Cantone

2.1.7 Indirizzo _____

NPA _____ N. di telefono _____

Dati personali (N. da 1 a 2.3) verificati; indicazione dei documenti verificati; visto della persona che ha eseguito il controllo

Verifica relativa al diritto di regresso secondo i N. 4.2, 5.1 e 5.4; richiesta del foglio complementare R:
sì no
Visto della persona che ha eseguito il controllo

2.2 **Madre** _____
Indicare anche il cognome da nubile

2.2.1 **Cognome e nomi** _____
Giorno, mese, anno

2.2.2 **Data di nascita** _____
Indicare anche la data del cambiamento di stato civile

2.2.3 **Stato civile** _____
Comune e Cantone; per le straniere, nazionalità e luogo di nascita

2.2.4 **Luogo d'origine** _____
Giorno, mese, anno

2.2.5 **Eventuale data di morte** _____
Giorno, mese, anno

2.2.6 **Residenza in Svizzera dal** _____
Soltanto per le persone straniere o i rimpatriati
Via e numero; designazione locale precisa con numero postale di avviamento, Comune politico, Cantone

2.2.7 **Indirizzo** _____
NPA _____ N. di telefono _____
Solamente se i genitori vivono separati

2.3 **Se i genitori vivono separati: chi esercita l'autorità parentale?**

3. Indicazioni concernenti l'attività dell'assicurato/a

3.1 **Scuole frequentate** _____
Designazione e indirizzo della scuola o dell'istituto _____
Da quando? (mese e anno)

3.1.1 **attualmente** _____
Designazione e indirizzo della scuola o dell'istituto _____
Da quando a quando? (mese e anno)

3.1.2 **anteriormente** _____

3.2 **L'assicurato/a segue una prima formazione professionale o ha in vista un posto d'apprendista?**
 sì no In caso di risposta affermativa, indicare

3.2.1 **Genere di formazione** _____

3.2.2 **Inizio e durata della formazione** _____

3.2.3 **Indirizzo del maestro di tirocinio o della scuola** _____

3.2.4 **Il danno alla salute provoca spese supplementari per questa formazione? sì no**
 In caso di risposta affermativa, indicare quale genere di spese
(ad. es. alloggio o vitto fuori casa, spese di spostamento dovute all'invalidità)
 Indicazione esatta delle spese supplementari (in dettaglio) _____
(precisarne i motivi al N. 5.9) _____
Importo annuo delle spese supplementari

3.3 **L'assicurato/a ha già esercitato un'attività lucrativa? sì no** In caso di risposta affermativa, indicare
Genere dell'attività _____
Indirizzo del datore di lavoro _____
Da quando a quando?

3.4 **L'assicurato/a ha assolto periodi di contribuzione o di assicurazione presso istituti ufficiali di previdenza sociale di Stati esteri?**
 sì no
 In caso di risposta affermativa, in quali Stati? _____

4. Indicazioni generali

4.1 È già stata inoltrata una richiesta di prestazioni dell'AI per l'assicurato/a? sì no

In caso di risposta affermativa:

4.1.1 Nome e indirizzo dell'organo a cui è stata indirizzata la richiesta (ufficio AI, cassa di compensazione) _____

4.2 L'assicurato/a ha richiesto o riceve già prestazioni (trattamento medico, provvedimenti d'integrazione, indennità giornaliera, rendita, mezzi ausiliari)

| | | |
|---|----|----|
| – dell'INSAI? | sì | no |
| – di un'altra assicurazione nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni? | sì | no |
| – dell'assicurazione militare? | sì | no |

In caso di risposta affermativa:

4.2.1 Nome e indirizzo dell'assicurazione (risp. dell'agenzia competente):

4.2.2 Riferimenti (p.es. N. INSAI, N. dell'infortunio, N. AM): _____

4.3 Presso quale cassa malati è affiliato/a l'assicurato/a (assicurazione di base)?

4.4 Quali autorità o istituzioni si sono già occupate dell'invalidità dell'assicurato/a?

Nome e indirizzo di queste (autorità scolastiche, uffici di orientamento professionale, istituti assistenziali pubblici e privati, uffici del lavoro, INSAI, ecc.)

Quando?
(mese e anno)

4.5 Versamento

Come preferisce che Le venga versata la prestazione?

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)

a nome di (nome e cognome _____)

N. del conto postale della banca _____ Clearing bancario N. _____

Sul **conto postale** N. _____

Di regola la prestazione viene versata solosu un conto bancario o postale. Su richiesta specifica può essere versata anche in contanti.

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

5. Indicazioni concernenti il danno alla salute

(osservazioni complementari possono essere aggiunte al N. 5.8)

5.1 Il danno è stato causato da infermità congenita malattia infortunio

5.2 Precisazioni circa il genere del danno alla salute

5.3 Da quando sussiste il danno alla salute?

5.4 Il danno è stato cagionato totalmente o parzialmente da terzi? sì no

5.5 Chi ha prestato cure mediche all'assicurato/a? (sottolineare il nome del medico curante)

5.5.1 ultimamente

Nome e indirizzo del medico,
dell'ospedale o della casa di cura

Da quando a quando?
(mese e anno)

Per quali malattie?

5.5.2 anteriormente

Nome e indirizzo del medico,
dell'ospedale o della casa di cura

Da quando a quando?
(mese e anno)

Per quali malattie?

5.6 L'assicurato/a è attualmente in possesso di mezzi ausiliari (protesi, carrozzelle ecc.)? sì no

In caso di risposta affermativa, designazione esatta _____

Da quando li possiede? _____

5.7 Quali prestazioni assicurative sono richieste?

(Indicare con una crocetta le prestazioni richieste e fornire le eventuali indicazioni supplementari al N. 5.8)

Provvedimenti sanitari (ad es. in caso d'infermità congenita)

Sussidi per l'istruzione scolastica speciale. Quale scuola speciale è prevista e da quando?

Assegno per minorenni grandi invalidi (eventualmente con un supplemento per cure intense)

Orientamento professionale

Sussidi per le spese supplementari della prima formazione professionale

Collocamento in un altro posto di lavoro

Mezzi ausiliari (protesi, carrozzelle ecc.). In caso di risposta affermativa, indicare quali _____

Fornitore desiderato: _____

5.8 Osservazioni a complemento delle indicazioni fornite in merito al danno alla salute e ai provvedimenti previsti (N. 5.-5.7)

5.9 Eventuali osservazioni complementari di carattere generale

Procura

Firmando questo formulario, il/la rappresentante legale dell'assicurato/a o l'assicurato/a autorizza tutte le persone e tutti gli uffici entranti in considerazione, in particolare i medici, il personale paramedico, gli ospedali, le casse malati, i datori di lavoro, gli avvocati, le fiduciarie, le assicurazioni pubbliche e private, gli organismi pubblici come pure le istituzioni private di assistenza sociale gli enti assistenziali privati a fornire agli organi dell'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità le **informazioni** necessarie all'esame della fondatezza della richiesta e dell'assegnazione di prestazioni, nonché informazioni miranti all'esercizio del diritto di regresso verso terzi responsabili contro i quali l'assicurato/a può far valere pretese circa il risarcimento del danno in seguito al pregiudizio subito.

Il/la sottoscritto/a certifica di aver risposto in modo completo e veritiero.

Data _____

Allegati:

Firma del(la) rappresentante legale dell'assicurato/a o dell'assicurato/a maggiorenne:

Allegare alla richiesta:

- **certificato d'assicurazione AVS-AI** (se l'assicurato/a ne possiede uno)
- **documenti personali** (ad.es. atto di nascita, libretto di famiglia, atto d'origine, permesso di dimora o di domicilio, quietanza dei documenti depositati, passaporto, libretto degli stranieri)

Avvertenze

a. Rendite e assegni per maggiorenni grandi invalidi

Gli assicurati maggiorenni che richiedono una rendita riempiranno ulteriormente il formulario di richiesta giallo per adulti. La rendita o l'assegno per maggiorenni grandi invalidi possono essere assegnati, al più presto, dal primo giorno del mese seguente quello in cui l'assicurato/a ha compiuto i 18 anni. Inoltre una rendita può essere versata di regola soltanto se non entra in considerazione l'esecuzione di provvedimenti d'integrazione.

b. Assicurati/e di nazionalità estera

Per le persone di nazionalità estera, le indicazioni contenute nel presente formulario non sono sufficienti. Gli organi dell'assicurazione chiederanno ancora altri documenti.

c. Uffici a cui deve essere presentata la richiesta

La richiesta deve essere inviata all'ufficio AI competente. Essa può essere presentata anche alla cassa di compensazione AVS (cfr. indirizzo sulle ultime pagine degli elenchi telefonici) o a una sua agenzia.

d. Esecuzione di provvedimenti d'integrazione

La richiesta di provvedimenti d'integrazione deve essere presentata, in linea di massima, prima della loro esecuzione e in tempo utile, in modo da permettere all'ufficio AI di pronunciarsi sulla richiesta dell'assicurato/a e di poter assegnare le prestazioni.