9. Punto d'inoltro della domanda di prestazioni

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

Istituto delle assicurazioni sociali
Via dei Gaggini 3
Casa postale 2121
6501 Bellinzona

Richiesta: Mezzo ausiliario dall'AVS

AHV AVS AI IV

1. Richiesta

1.1 Prima richiesta

Per quale mezzo ausiliario richiede un contributo da parte dell'AVS?

- ☐ Apparecchio/i acustico/i
- ☐ Apparecchio/i acustico/i ad ancoraggio osseo
- ☑ Carrozzella (importo forfettario)
- ☐ Scarpe ortopediche su misura o
- ☐ Scarpe ortopediche parzialmente fabbricate in serie da adeguare individualmente
- ☐ Parrucca
- ☐ Occhiali lente o
- ☐ Apparecchio di lettura/Macrolettore
- ☐ Apparecchio ortofonico
- ☐ Epitesi del viso

1.2 Richiesta di sostituzione di un mezzo ausiliario

Quale mezzo ausiliario deve essere sostituito?

Quando le è stato accordato questo mezzo ausiliario l'ultima volta?

Da chi?

2. Generalità

2.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

☐ femminile ☐ maschile

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero d'assicurato

756

13 cifre. Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

Stato civile

dal

gg, mm, aaaa

2.2 Domicilio legale e indirizzo completo

Domicilio legale e indirizzo completo (in caso di soggiorno in un istituto, prego indicarne il nome)
Nome dell'istituto

NAP, Luogo Via | Via, n°

Numero di telefono | E-Mail

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

NAP, Luogo | Via, n°

2.3 Curatela

Esiste una curatela? ○ sì ○ no

Se sì, nome e indirizzo del curatore/rappresentante

Se sì, si accludano alla presente richiesta copia della risoluzione di curatela e una descrizione degli obblighi e dei compiti..

2.4 Cittadinanza

Cittadini/e svizzeri/e
Comune di attinenza/cantone | Naturalizzazione dal

gg, mm, aaaa

Cittadini stranieri
Nazionalità | Data di entrata in Svizzera

gg, mm, aaaa

3. Indicazioni generali

3.1 Prestazioni complementari

Beneficia di prestazioni complementari?
○ sì ○ no

Se sì, da chi vengono versate?

NAP, Luogo | Via, n°

3.2 Cassa malati

Presso quale cassa malati è affiliato (assicurazione base)?
Nome e indirizzo

4. Indicazioni relative al mezzo ausiliario

4.1 Infortunio o origine del danno

Il danno alla salute è da ricondurre interamente o parzialmente a:

- ☐ Un infortunio (per es. circolazione stradale, nell'esercizio di un'attività professionale o sportiva, atto di violenza, ecc.)
- ☐ Un altro avvenimento (per es. possibile violazione delle regole dell'arte medica, infezione contratta in un ospedale, danni causati da animali o prodotti, tentativo di suicidio, ecc.)
- ☐ Una malattia

Osservazioni supplementari a riguardo dei fatti

4.2 Prescrizione medica

Il mezzo ausiliario richiesto è stato prescritto da un medico specialista?

☐ sì ☐ no

Se sì: indichi il nome e l'indirizzo del suo medico specialista
Se no: indichi il nome e l'indirizzo del suo medico curante

Nome

NAP, Luogo

Via, n°

4.3 Indicazioni sul fornitore del mezzo ausiliario

(prego allegare a questa richiesta eventuali copie di preventivi dei costi e/o di fatture)

Ditta

NL Neolab SA

NAP, Luogo

6883, Novazzano

Via, n°

Résiga, 1

Numero di telefono

091 683 03 51

5. Modalità di pagamento

☐ Conto bancario ☐ Conto postale

intestato a (nome/cognome)

IBAN

CH

Nome e indirizzo della banca

6. 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.

Con la firma di questo formulario la persona assicurata o il suo/la sua rappresentante autorizza anche avvocati/ avvocatesse a rilasciare informazioni a riguardo del regresso verso terzi. Nell'ambito della presente autorizzazione, tutte le persone summenzionate e gli enti pubblici sono liberati dal segreto d'ufficio e dal segreto professionale da parte della persona assicurata verso gli organi dell'Assicurazione invalidità.

7. Firma/allegati

Il/la sottoscritto(a) conferma che tutti i dati indicati in questo formulario e i rispettivi allegati sono completi e veritieri.

Data

Firma della persona assicurata o del rappresentante

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

Osservazioni

Alla domanda vanno allegati:

O Risoluzione di curatela e una descrizione degli obblighi e dei compiti, copia di fatture, preventivi dei costi

Per favore non unire i vostri documenti

8. Attestazione del medico

Avvertenza: per un contributo ad un apparecchio acustico non è necessaria un'attestazione poiché un medico specializzato eseguirà una perizia.

8.1 Diagnosi

Per la persona assicurata sono assolte le condizioni mediche per la consegna del seguente mezzo ausiliario:

☐ Carrozzella. Se viene utilizzata in modo continuo e duraturo (carrozzelle con equipaggiamento speciale, la cui necessità/adeguatezza deve essere confermata con un certificato medico, separatamente, sono ottenibili unicamente tramite il deposito di mezzi ausiliari AI. Gli accertamenti vengono effettuati dall'ufficio dell'invalidità.

☐ Fornitura di una carrozzella speciale. Lo spostamento tramite una carrozzella di tipo semplice non è possibile. Inoltre, una o più delle seguenti condizioni sono assolte: peso corporeo superiore a 120 kg, statura superiore a 185 cm o inferiore a 150 cm, posizione seduta libera non possibile, emiplegia o tetraplegia, amputazione, contrazioni.

☐ Inoltre incombe un grave pericolo di decubito.

Le forniture di carrozzelle speciali sono possibili esclusivamente tramite il deposito AI dei mezzi ausiliari e i dovuti accertamenti vengono effettuati all'Ufficio AI..

☐ Scarpe ortopediche su misura o scarpe ortopediche parzialmente fabbricate in serie, da adeguare individualmente. Queste sono adattate ad una forma o ad una funzione patologica del piede e sostituisconoun apparecchio ortopedico. L'adattamento con plantari non è ammesso (Di regola, l'attestazione medica è redatta da un medico specializzato in ortopedia.)

☐ Parrucca. Se la mancanza di capigliatura nuoce all'aspetto esteriore della persona assicurata. La parrucca deve essere portata durante almeno un anno per motivi medici.

Occhiali-lente/ Apparecchio di lettura/macrolettore. Qualora la persona assicurata, senza questo tipo di mezzo ausiliario, non fosse più in grado di leggere testi di una certa lunghezza redatti in una scrittura di normale dimensione.

☐ Occhiali-lente

Valori del visus	Necessità d'ingrossamento

☐ Apparecchio di lettura/macrolettore

Valori del visus	Necessità d'ingrossamento

☐ Acuità visiva

il visus dopo correzione è inferiore su ambo i lati a 0,2?

☐ sì

☐ no

Se si, da quando?

mese/anno

Visus corretto a destra	Visus corretto a sinistra

☐ Apparecchio ortofonico: Quando la persona assicurata, dopo un intervento di laringectomia, non è in grado di imparare la lingua esofagea, o non lo è sufficientemente.

☐ Epitesi del viso per coprire un difetto o quale sostituzione di parti mancanti del viso. (Lobo dell'orecchio, sostituzione del naso e della mascella, epitesi dell'occhio, palato, ecc.)

8.2 Altri accertamenti

Ritiene che siano necessari altri accertamenti?

☐ sì ☐ no

Se sì, quali?

8.3 Osservazioni

Osservazioni

8.4 Firma

Nome

Cognome

Data

Timbro e firma del medico

Indirizzo esatto (studio/reparto)

Numero di telefono se fossero necessarie ulteriori informazion