Assicurazione federale per la vecchiaia (AVS)

Richiesta:
Mezzo ausiliario dall'AVS

Scegli il cantone sopra

Sua richiesta:
La invitiamo a compilare accuratamente

Questo modulo è atto alla richiesta di prestazioni. Possiamo procedere con la valutazione della sua richiesta solo se il modulo è compilato in modo completo e preciso. In caso di necessità non esiti a chiedere spiegazioni. La compilazione errata del modulo o la mancanza di documenti causano il dispendio di tempo prezioso.

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?
– La documentazione richiesta è stata acclusa?

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

Presentiamo i nostri più distinti saluti.

Richiesta: Mezzo ausiliario dell'AVS

Prima richiesta

In caso di richiesta di sostituzione di un mezzo ausiliario, per cui l'AI o l'AVS aveva già fornito prestazioni in passato è necessario compilare soltanto la sezione **domanda di sostituzione di un mezzo ausiliario**.

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

- ☐ Apparecchio acustico (per un orecchio)
- ☐ 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

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?

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°

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 (in caso di soggiorno in un istituto, prego indicarne il nome)
Nome dell'istituto

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

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

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

Sede dell'autorità tutoria

> **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 | dal

> **1.8**

Beneficia di prestazioni complementari? ☐ sì ☐ no
Se sì, da chi vengono versate?
Nome dell'istituto

NAP, Luogo | Via, n°

2. Indicazioni sulle limitazioni dovute al danno alla salute

Il danno è stato causato interamente o parzialmente da terzi (p.es. incidente stradale)?
☐ sì ☐ no

3. Indicazioni sul fornitore del mezzo ausiliario

Ditta

Prego allegare a questa richiesta eventuali copie di preventivi dei costi e/o di fatture.

NAP, Luogo | Via, n°

Numero di telefono

4. Modalità di pagamento

☐ Conto bancario

Nome e indirizzo della banca e della filiale

N° conto bancario

Intestato a (nomi, cognomi)

IBAN

N° clearing bancario

☐ Conto postale

N° del conto postale

Il versamento della prestazione AVS viene effettuato unicamente su di un conto bancario o postale.

5. Punto d'inoltro della domanda di prestazioni

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

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.

7. Procura/firma

Il/la sottoscritto(a) conferma di avere risposto in modo veritiero e completo a tutte le domande.

Data

Firma della persona assicurata o del rappresentante

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

Eventualmente nome e indirizzo dell'associazione sociale oppure nome e indirizzo della persona che assiste quella assicurata.

I suoi allegati e osservazioni complementari

Alla richiesta vanno allegati:

– risoluzione di tutela o di curatela redatta dalla commissione tutoria regionale, copia di fatture, preventivi dei costi

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

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.

☐ 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 sostituiscono un 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 o

☐ 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.

☐ 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

Ritiene che siano necessari altri accertamenti? ☐ sì ☐ no

Se sì, quali?

> 8.3

Osservazioni

Firma

Nome, cognome, data e firma del medico

Indirizzo esatto (studio/reparto)

Numero di telefono se fossero necessarie ulteriori informazioni: