Elimina le voci

Può compilare questo formulario con il computer: prima deve salvare il formulario vuoto sul suo computer e aprirlo. Per riempirlo necessita della versione attuale di Adobe Reader (Download gratuito: http://get.adobe.com/it/reader).

Assicurazione per l'invalidità

Fattura per assegno grandi invalidi (AGI) e supplemento per cure intensive (SCI)

Data della fattura

Persona assicurata

Cognome, nome

Numero AVS (756.xxxx.xxxx.xx)

Via, n°

NAP, luogo

Emittente della fattura

Cognome, nome (nel caso in cui non sia la persona assicurata)

E-Mail, Numero di telefono (per eventuali chiarimenti)

Via, n°

NAP, luogo

Conteggio

GLN (se disponibile)

Numero della decisione/comunicazione

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x)

Cognome, nome dell'intestatario del conto (nel caso in cui non sia l'emittente della fattura)

Via, N° dell'intestatario del conto

NAP, luogo dell'intestatario del conto

Periodo di fatturazione	Anno:	☐ gennaio / febbraio / marzo ☐ aprile / maggio / giugno		☐ luglio / agosto / settembre ☐ ottobre / novembre / dicembre			
La notte è stata trascorsa	**Grado AGI / SCI**	**Data (da/a)**	**Numero di notti**	**Importo AGI**	**Importo SCI**	**Tariffa 923 / cifra tariffale**	**Importo in CHF**
a casa in famiglia o in una famiglia affidataria (Corrisponde alla colonna 1a)	AGI Lieve			☐ 16.35		671	
	AGI Medio			☐ 40.85		672	
	AGI Elevato			☐ 65.35		673	
	SCI + 4 ore				☐ 32.65	670.4	
	SCI + 6 ore				☐ 57.15	670.6	
	SCI + 8 ore				☐ 81.65	670.8	
in un ospedale (soggiorni di meno di un mese civile o con la conferma che la presenza dei genitori è necessaria ed è effettivamente avvenuta)* (Corrisponde alla colonna 1b)	AGI Lieve			☐ 16.35		681	
	AGI Medio			☐ 40.85		682	
	AGI Elevato			☐ 65.35		683	
	SCI + 4 ore				☐ 32.65	680.4	
	SCI + 6 ore				☐ 57.15	680.6	
	SCI + 8 ore				☐ 81.65	680.8	
in istituto (se le spese del soggiorno sono a carico dei genitori)** (Corrisponde alla colonna 1c)	AGI Lieve			☐ 4.10		674	
	AGI Medio			☐ 10.20		675	
	AGI Elevato			☐ 16.35		676	
	SCI + 4 ore				☐ 32.65	690.4	
	SCI + 6 ore				☐ 57.15	690.6	
	SCI + 8 ore				☐ 81.65	690.8	

Persona assicurata

Cognome, nome

Numero AVS (756.xxxx.xxxx.xx)

La notte è stata trascorsa	Grado	Data (da/a)	Numero di notti	Importo AGI	Importo SCI	Tariffa 923 / cifra tariffale	Importo in CHF
In un istituto per l'esecuzione di provvedimenti d'integrazione (se l'assegno per grandi invalidi viene versato come caso speciale) (Corrisponde alla colonna 1/4d)	AGI Lieve			☐ 4.10		671.4	

Totale in CHF _____

* Allegare conferma

**Allegare fattura dell'istituto

Foglio di controllo per il diritto ad un assegno per grande invalido (evtl. supplemento per cure intensive)

Voglia per favore crociare i giorni corrispondenti al luogo di residenza di suo figlio secondo le indicazioni segnate alla fine del formulario fattura. Determinante è il luogo dove viene trascorsa la notte (luogo di entrata seguito da pernottamento).

Mese Anno

	1a	1b	-	1c	1/4d
1	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐	☐	☐
13	☐	☐	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐	☐	☐
16	☐	☐	☐	☐	☐
17	☐	☐	☐	☐	☐
18	☐	☐	☐	☐	☐
19	☐	☐	☐	☐	☐
20	☐	☐	☐	☐	☐
21	☐	☐	☐	☐	☐
22	☐	☐	☐	☐	☐
23	☐	☐	☐	☐	☐
24	☐	☐	☐	☐	☐
25	☐	☐	☐	☐	☐
26	☐	☐	☐	☐	☐
27	☐	☐	☐	☐	☐
28	☐	☐	☐	☐	☐
29	☐	☐	☐	☐	☐
30	☐	☐	☐	☐	☐
31	☐	☐	☐	☐	☐

Mese Anno

	1a	1b	-	1c	1/4d
1	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐	☐	☐
13	☐	☐	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐	☐	☐
16	☐	☐	☐	☐	☐
17	☐	☐	☐	☐	☐
18	☐	☐	☐	☐	☐
19	☐	☐	☐	☐	☐
20	☐	☐	☐	☐	☐
21	☐	☐	☐	☐	☐
22	☐	☐	☐	☐	☐
23	☐	☐	☐	☐	☐
24	☐	☐	☐	☐	☐
25	☐	☐	☐	☐	☐
26	☐	☐	☐	☐	☐
27	☐	☐	☐	☐	☐
28	☐	☐	☐	☐	☐
29	☐	☐	☐	☐	☐
30	☐	☐	☐	☐	☐
31	☐	☐	☐	☐	☐

Mese Anno

	1a	1b	-	1c	1/4d
1	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐	☐	☐
13	☐	☐	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐	☐	☐
16	☐	☐	☐	☐	☐
17	☐	☐	☐	☐	☐
18	☐	☐	☐	☐	☐
19	☐	☐	☐	☐	☐
20	☐	☐	☐	☐	☐
21	☐	☐	☐	☐	☐
22	☐	☐	☐	☐	☐
23	☐	☐	☐	☐	☐
24	☐	☐	☐	☐	☐
25	☐	☐	☐	☐	☐
26	☐	☐	☐	☐	☐
27	☐	☐	☐	☐	☐
28	☐	☐	☐	☐	☐
29	☐	☐	☐	☐	☐
30	☐	☐	☐	☐	☐
31	☐	☐	☐	☐	☐

La legenda si trova sul retro

Voglia inviare questo formulario all’Ufficio AI competente.
Visto dell'ufficio AI:

1a: Vive a casa

giorni in cui il bambino pernotta a casa o presso una famiglia affidataria.

1b: Degenze ospedaliere:

Degenze inferiori ad un mese civile intero o con la conferma dell’ospedale che la presenza dei genitori era necessaria ed è effettivamente avvenuta (allegare conferma).

-: Nessun assegno:

Soggiorni stazionari in ospedale o clinica superiori ad un mese civile intero, provvedimenti d’integrazione interni a carico dell’AI, soggiorno in istituto e scuola speciale (compreso il soggiorno per sgravare i genitori non interamente a carico dei genitori).

1c: Soggiorno in istituto/Soggiorno per sgravare i genitori:

giorni in cui il bambino pernotta in istituto o soggiorno per sgravare i genitori e per i quali le spese sono a carico dei genitori. Dovrà essere allegata la fattura del soggiorno.

¼d: Caso speciale per soggiorni in internato secondo l’art. 42, cpv. 5 LAI:

i minorenni che si trovano in un istituto e ricevono un assegno per grandi invalidi a norma dell’art. 37, cpv. 3d OAI secondo il quale devono essere forniti servizi considerevoli nell’ambito del mantenimento dei contatti sociali.