

Richiesta di aumento dell'assegno per grandi invalidi AVS

Dati personali

N. AVS	
Cognome	
Nome	
Indirizzo	
Data di nascita	
Grado di invalidità finora	

OAI articolo 87 cpv. 2:

Se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità impotenza o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni.

Dati relativi all'invalidità

Descriva da quando e in che misura lo stato di salute si è deteriorato per i seguenti aspetti.
Quale assistenza viene fornita?

Vestirsi e svestirsi

Data	Descrizione

Alzarsi/Sedersi/Sdraiarsi

Data	Descrizione

Mangiare

Data	Descrizione

Pulizia personale

Data	Descrizione

Espletare bisogni corporali

Data	Descrizione

Spostarsi/ Intrattenere contatti sociali

Data	Descrizione

Prestazioni mediche e assistenziali

Data	Descrizione

Sorveglianza personale

Data	Descrizione

Per poter valutare la richiesta di aumento dell'assegno di invalidità è necessaria un'attestazione del peggioramento delle condizioni di salute firmata dal medico responsabile.
La firma del medico può essere omessa in caso di persone assicurate che vivono in una casa di cura e i cui servizi di assistenza sono fatturati con SCCP.

Attestazione del medico responsabile	Luogo, data

Firma della persona assicurata o della/del rappresentante legale (solo se la richiesta è presentata per posta)	Luogo, data

Chi ha compilato il modulo?

- La persona assicurata una terza persona

Cognome, nome/ istituzione

Via numero civico, NPA luogo

Numero di telefono / cellulare / e-mail

Luogo, data

La persona assicurata ha acconsentito all'inoltro della richiesta

- sì no