

Richiesta di aumento dell'assegno per grandi invalidi AI

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 |
|------|-------------|
| | |

Accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana (accompagnamento finalizzato a rendere possibile una vita autonoma, accompagnamento per compiere attività della vita quotidiana fuori casa, accompagnamento destinato a evitare un isolamento permanente)

| 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.

| 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