

Ufficio delle prestazioni  
**Cassa cantonale di compensazione AVS**  
Via Canonico Ghiringhelli 15a  
Casella postale 2121  
6501 Bellinzona  
telefono 091 821 92 27  
Fax 091 821 92 99  
e-mail servizio.pc@ias.ti.ch  
web www.iasticino.ch

**Istituto delle assicurazioni sociali**  
**6501 Bellinzona**

## **Richiesta di aiuto domestico per beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI – Certificato medico**



Gentile signora, egregio signore,

conformemente all'art. 28 cpv. 2 LPGA (legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 RS. 830.1) colui che rivendica prestazioni assicurative deve fornire **gratuitamente** tutte le informazioni necessarie per accertare i suoi diritti e per stabilire le prestazioni assicurative. Per poter valutare l'eventuale diritto all'aiuto domestico, la invitiamo pertanto a volerci ritornare il presente formulario debitamente compilato e firmato.

Con la sottoscrizione dello stesso, il medico può ritenersi svincolato dal segreto professionale. Conformemente all'art. 28 cpv 3 LPGA il medico è tenuto a fornire le informazioni richieste per accertare il diritto di specie.

Il diritto al rimborso sarà comunicato attraverso una decisione. Fintanto che non sarà emessa una decisione, non vi è alcuna garanzia di rimborso.

### **Da compilare dall'assicurato:**

Nome	Cognome
Data di nascita	No. AVS 756.
Via e numero	NPA e località
N. locali abitazione:	
Vive in economia domestica con una o più persone?	Sì
	No
Se sì, indicare grado di parentela	
L'aiuto domestico è prestato da:	Associazione pubblica – Spitex
	Personale privato/ Ditta privata
Luogo e data	Firma dell'assicurato/a

**Richiesta di aiuto domestico per beneficiari**

**Da compilare dal medico curante:**

Motivo/diagnosi

**1) Informazioni assicurato**

Peso

Altezza

BMI

**2) Terapia medicamentosa in atto:**

**3) Prognosi**

**4) Il paziente è in grado di svolgere:**

Pulizie domestiche

Sì

No

Parzialmente

Lavori di bucato e stiratura

Sì

No

Parzialmente

Fare la spesa (spostamento  
dal domicilio, alzare pesi, ecc...)

Sì

No

Parzialmente

Preparazione dei pasti

Sì

No

Parzialmente

**5) Difficoltà oggettive nei movimenti (4 arti):**

Luogo e data

Timbro e firma del medico curante