Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale delle finanze DFF

Ufficio centrale di compensazione UCC
Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero UAIE

QUESTIONARIO PER L'ASSICURATO/A

Da rispedire all'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero,
Av. Edmond-Vaucher 18, Casella postale 3100, CH-1211 Ginevra 2, Svizzera
Fax +41 58 461 99 50, E-Mail: oaie@zas.admin.ch

Cognome e nome: Nostro rif.:	Nato/a il:

Osservazione importante:

Questo questionario deve essere compilato in modo completo e preciso, in stampatello o, se possibile, tramite computer, datato e firmato (pagina 13).

Numero di telefono dell'assicurato/a: _____

Indirizzo e-mail: _____

A. INFORMATIONI RELATIVE AL PROBLEMA DI SALUTE

1. Informazioni mediche

a) Cognome, nome e indirizzo del medico curante:

b) Presso quali altri medici, cliniche e/o ospedali è stato/a recentemente in cura? (Precisare gli indirizzi **completi**)

Durante quali periodi?

Per quali patologie?

c) Presso quali altri medici, cliniche e/o ospedali è stato/a precedentemente in cura? (Precisare gli indirizzi **completi**)

Durante quali periodi?

Per quali patologie?

B. SITUAZIONE PROFESSIONALE ED ECONOMICA

2. Scuole frequentate, studi, formazione

a) Tipo di formazione (scolarità di base, studi superiori, apprendistato, formazione accelerata ecc.):

b) Nome e indirizzo della scuola o del responsabile della formazione:

c) Durante quali periodi?

d) Titolo di studio ottenuto (certificato di capacità, diploma, ecc.):

3. Situazione professionale prima del danno alla salute:

- ☐ Attività lucrativa salariata o indipendente a tempo pieno
- ☐ Attività lucrativa salariata o indipendente a tempo parziale
- ☐ Senza attività lucrativa
- ☐ Altro: _____

4. Se ha cessato la sua attività professionale per motivi di salute:

Quale attività salariata o indipendente ha esercitato prima della presentazione della domanda?

a) Descrizione precisa e completa dell'attività (tipo d'attività, posizione di lavoro, porto di carichi):

b) Periodi di lavoro:

c) Orario di lavoro settimanale: _____

d) Salario mensile lordo: _____

e) Se si tratta di un'attività salariata, voglia indicare il nome e l'indirizzo completo del datore di lavoro:

f) Se ha esercitato in Svizzera l'ultima attività, presso quale istituto di previdenza professionale del secondo pilastro (cassa pensione) era assicurato/a al momento dell'insorgere dell'incapacità lavorativa e/o da ultimo? (Indicare il nome e l'indirizzo dell'istituto)

5. Se esercita tutt'ora un'attività professionale salariata o indipendente:

a) Descrizione precisa e completa dell'attività (tipo d'attività, posizione di lavoro, porto di carichi):

b) Qual è il suo orario di lavoro settimanale? _____

c) A quanto ammonta il suo salario mensile lordo? _____

d) Nome e indirizzo del datore di lavoro (indicare la via, il codice postale e la località):

d) A partire da quando ? _____

6. Se ha ridotto o aumentato il tasso d'attività professionale:

a) Per quale motivo (ad es. per ragioni di salute, economiche, per consacrarsi ad altri passatempi, altro)?

b) A partire da quando? _____

c) Qual è il suo orario di lavoro settimanale? _____

d) Qual è il suo salario mensile lordo? _____

e) Qual era il suo orario di lavoro settimanale prima della riduzione / dell'aumento del tasso d'attività? _____

f) Qual era il suo salario mensile lordo prima della riduzione / dell'aumento del tasso d'attività? _____

7. Se ha interrotto la sua attività professionale:

a) Durante quali periodi?

b) Per quali motivi?

8. Se esercita un'attività accessoria:

a) Tipo d'attività:

b) A partire da quando? _____

c) Qual è il suo orario di lavoro settimanale? _____

d) Qual è il suo salario mensile lordo? _____

e) Cognome, nome e indirizzo completo del datore di lavoro:

9. Se non lavora per scelta personale:

a) Qual è la sua attività attuale (ad es. casalingo/a, studente/studentessa, si occupa dei figli, si dedica ad altre attività ricreative, ecc.)?

b) A partire da quando? _____

c) Per quali motivi?

10. Se fosse in buona salute, eserciterebbe un'attività professionale?

a) Se no, per quali motivi?

b) Se sì, che tipo d'attività?

c) Per quale motivo? (Ad es. ragioni economiche, interesse personale, altro)

d) A partire da quando? _____

e) A quale percentuale? _____ %

11. Ha fatto delle ricerche di lavoro?

a) Se no, per quali motivi?

b) Se sì, per quali attività?

c) Per quale motivo (ad es. ragioni economiche, interesse personale, altro)?

d) A partire da quando? _____

e) A quale percentuale? _____ %

f) Presso quali datori di lavoro?

12. Si è iscritto/a alla disoccupazione?

a) Disoccupazione totale
Durante quali periodi?

b) Disoccupazione parziale
Durante quali periodi?

Numero di ore
al giorno | mensili:

Nome e indirizzo della cassa di disoccupazione che versa o che ha versato le indennità di disoccupazione:

13. Sta svolgendo una formazione professionale?

a) Se sì, quale?

b) Durata e frequenza della formazione (ore settimanali)

14. Situazione finanziaria globale del nucleo famigliare:

Entrate:	Valuta	Importo mensile	Osservazioni
Salario	…..….	……	…….....……
Salario del coniuge/partner	…..….	……	……...….....…….
Pensione(i) alimentare(i)	…..….	……	……...….....…….
Totale delle rendite	…..….	……	…….....…….
Prestazioni sociali	…..….	……	…….....…….
Altri redditi	…..….	……	…….....….
Uscite:			
Affitto	…..….	……	…….....…….…..
Ipoteca	…..….	……	……...…….....….
Debiti	…….....	……	……...…….....….
Pensione alimentare versata	…….....	……	……...…….....…….
Altre spese	…….....	……	……...….....…….

15. Descrizione di una giornata di lavoro normale prima del problema di salute:

16. Descrizione di una giornata di lavoro normale dopo il problema di salute:

C. SITUAZIONE PERSONALE

17. Descrizione del nucleo famigliare

Da quante persone è composto il suo nucleo famigliare? _____

Adulti (numero e età di rispettive): _____

Bambini (numero e età di rispettive): _____

Persone bisognose di cure permanenti (numero e e età di rispettive): _____

Tasso d'attività professionale del coniuge/partner:_____

Il suo coniuge/partner ha diminuito il suo tasso d'attività per aiutarla a causa del suo problema di salute?_____

Se si, da quando e in che percentuale? _____

Se ha svolto un'attività lucrativa salariata o indipendente a tempo pieno (punto 3), può passare direttamente al punto 20. In caso contrario, voglia completare anche la rubrica D sottostante.

D. ABITAZIONE

18. Tipo di abitazione:

☐ Casa individuale ☐ Fattoria numero di piani _____

☐ Appartamento piano _____ ascensore: ☐ sì ☐ no

Numero di locali: _____ m^2 : _____

☐ Giardino m^2 _____
☐ fiori
☐ orto
☐ alberi da frutta
☐ altro: _____

Pavimento: ☐ parquet ☐ piastrelle ☐ tappeti ☐ altro _____

19. Equipaggiamento:

☐ Lavatrice

☐ Asciugatrice

☐ Lavastoviglie

☐ Congelatore

☐ Forno a microonde

☐ Aspirapolvere

☐ Macchina da cucire

Possiede un mezzo di trasporto? ☐ no ☐ si (indicare quale) _____

Distanza dai negozi: _____

Spiegazioni sulle tabelle 1 e 2:

- Ad ogni rubrica va indicato il tempo medio dedicato alle varie attività prima e dopo il danno alla salute
- **La tabella 1 va completata in ogni caso.**
- **La tabella 2 va completata soltanto qualora lei benefici di un aiuto regolare da parte di persone esterne**
- Onde fornire indicazioni più precise, consigliamo di verificare durante 1-2 settimane il tempo medio consacrato alle varie attività prima di riempire la tabella

Tabella 1: Assicurato/a e membri del nucleo famigliare (cf. punto 17)	**PRIMA del danno alla salute**			**DOPO** il danno alla salute – situazione attuale		
Mansioni	**Tempo medio consacrato dall'assicurato/a**	Tempo medio consacrato da altri membri del nucleo famigliare		**Tempo medio consacrato dall'assicurato/a**	Tempo medio consacrato da altri membri del nucleo famigliare	
Alimentazione Pianificare i pasti Preparare gli ingredienti Cucinare/cuocere (in piedi, davanti ai fornelli) Apparecchiare/sparecchiare Lavare le stoviglie (a mano) Caricare/scaricare la lavastoviglie Riporre le stoviglie Pulire il piano di lavoro	_____ **ore/sett.**	_____ **ore/sett.**	Chi se ne occupava? _____	_____ **ore/sett.**	_____ **ore/sett.**	Chi se ne occupa? _____
Pulizia dell'alloggio Pulizia quotidiana (riordinare, spolverare, rifare i letti, ecc.) Grandi pulizie (compresa la pulizia di porte e finestre)	_____ **ore/sett.**	_____ **ore/sett.**	_____	_____ **ore/sett.**	_____ **ore/sett.**	_____
Acquisti e commissioni Gestione delle scorte Acquisti quotidiani Grandi spese Mansioni amministrative (posta, pagamenti, ecc.) Recarsi all'ufficio postale, alla banca, dal medico, ecc.	_____ **ore/sett.**	_____ **ore/sett.**	_____	_____ **ore/sett.**	_____ **ore/sett.**	_____
Bucato e cura dei vestiti Lavare ed asciugare i vestiti Stendere, stirare, riporre i vestiti Rammendare Pulire le scarpe	_____ **ore/sett.**	_____ **ore/sett.**	_____	_____ **ore/sett.**	_____ **ore/sett.**	_____

Tabella 1	**PRIMA del danno alla salute**			**DOPO** il danno alla salute – situazione attuale		
Mansioni	Tempo medio consacrato dall'assicurato/a	Tempo medio consacrato da altri membri del nucleo famigliare		Tempo medio consacrato dall'assicurato/a	Tempo medio consacrato da altri membri del nucleo famigliare	
Cura e assistenza ai figli e ai famigliari ***(generalmente fino ad un massimo di 30 ore/sett.)*** **Bambini:** Cura di bambini piccoli/neonati Educare e sorvegliare i bambini Giocare con i bambini Praticare attività di svago/escursioni con i bambini Aiutare con i compiti scolastici Partecipare a riunioni scolastiche Accompagnare i bambini (a scuola, dal medico ecc.) **Adulti bisognosi di cure:** Assistere negli atti ordinari della vita Accompagnare/trasportare ad appuntamenti esterni Occuparsi delle mansioni amministrative (posta, pagamenti ecc.) Intrattenere	_____ **ore/sett.**	_____ **ore/sett.**	Chi l'aiutava? _____	_____**ore/sett.**	_____**ore/sett.**	Chi l'aiuta? _____
Cura degli spazi esterni e del giardino: Cura delle piante, del giardino e del balcone Pulizia e manutenzione degli spazi esterni **Animali domestici:** (Dare da mangiare e pulire l'animale, portarlo dal veterinario) Quanti animali domestici ha? _____ Quali animali domestici ha? _____	_____ **ore/sett.**	_____ **ore/sett.**	_____	_____ **ore/sett.**	_____ **ore/sett.**	_____
Passatempi e hobby _____	_____ **ore/sett.**			_____ **ore/sett.**		

Tabella 2: Aiuto regolare da parte di terze persone che non vivono con la persona assicurata (ad es. donna delle pulizie, aiuto a domicilio, giardiniere vicini, conoscenti, ecc.)

Mansioni (per i dettagli, vedasi tabella 1)	**PRIMA del danno alla salute**	**DOPO il danno alla salute– Situazione attuale**
Alimentazione	**_____ore/sett.**	**_____ ore/sett.**
Pulizia e ordine dell'abitazione	**_____ ore/sett.**	**_____ ore/sett.**
Acquisti	**_____ ore/sett.**	**_____ ore/sett.**
Bucato e cura dei vestiti	**_____ ore/sett.**	**_____ ore/sett.**
Cura e assistenza ai membri del nucleo famigliare	**_____ ore/sett.**	**_____ ore/sett.**
Cura del giardino e degli spazi esterni, cura degli animali domestici	**_____ ore/sett.**	**_____ ore/sett.**

20. Osservazioni:

Cognome, nome: Nato/a il:

Nostro rif.:

Autorizzazione:

Firmando il presente modulo, la persona assicurata autorizza tutte le persone e tutti gli uffici implicati (in particolare medici, personale paramedico, ospedali, case di cura, casse malati, datori di lavoro, avvocati, società fiduciarie, assicurazioni pubbliche e private, uffici pubblici ed enti assistenziali privati) a fornire ai competenti organi dell'assicurazione per la vecchiaia ed i superstiti e dell'assicurazione per l'invalidità le informazioni e i documenti necessari per stabilire la fondatezza della richiesta ed appurare se l'assicurato ha diritto alle prestazioni, nonché per l'esecuzione del regresso contro terzi, contro i quali la persona assicurata può far valere pretese di risarcimento-danni relative al caso d'assicurazione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero a tutte le domande.
Le prestazioni accordate in base a informazioni o dichiarazioni inesatte dovranno essere restituite.

Luogo e data: Firma: