

INVALIDITA' CIVILE - LEGGE 104 - LEGGE 68

Documenti necessari (prima istanza o aggravamento) ed. 23/03/2023

- FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' RICHIEDENTE E CODICE FISCALE
- **FOTOCOPIA CERTIFICATO MEDICO TELEMATICO** PER INVALIDITA' CIVILE IN CORSO DI VALIDITA' (validità 90 giorni)
- **RICEVUTA DEL MEDICO DI FAMIGLIA DI INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA ALL'INPS**
- AUTOCERTIFICAZIONE STATO CIVILE
- **FOTOCOPIA** PERMESSO DI SOGGIORNO/CARTA SOGGIORNO/PERMESSO SOGGIORNO LUNGO PERIODO
- **SE CITTADINI COMUNITARI**: DATA ISCRIZIONE ANAGRAFE
- **SE CONIUGATO** PORTARE I DATI DEL CONIUGE (fotocopia carta di identità e codice fiscale)
- AUTOCERTIFICAZIONE DATA MATRIMONIO/SEPARAZIONE/DIVORZIO/VEDOVANZA
- CODICE IBAN RICHIEDENTE (COMUNICARE SE INTESTATO SOLO AL RICHIEDENTE O COINTESTATO; SE POSTA COMUNICARE ANCHE IL CODICE FRAZIONARIO O INDIRIZZO DELLA POSTA DOVE SI E' APERTO IL CONTO CORRENTE O LIBRETTO O CARTA PREPAGATA ECC. - ATTENZIONE ANCHE I LIBRETTI POSTALI HANNO IL LORO CODICE IBAN)
- **SE RICOVERATO** ALLA DATA DELLA DOMANDA DI INVALIDITA' COMUNICARE LE DATE PRECISE DEL RICOVERO, IL NOME DELLA STRUTTURA E RELATIVO REPARTO (EVENTUALE COPIA DI DIMISSIONE) con indicazione se il ricovero è gratuito o a parziale/totale spese proprie
- SE IL TITOLARE E' RIVOCERATO A SPESE PROPRIE COPIA FATTURA DI PAGAMENTO E DICHIARAZIONE DELL'ENTE DOVE E' RICOVERATO
- **SE ETA' INFERIORE AI 67 ANNI** COPIA ULTIMA DICHIARAZIONE DEI REDDITI DICHIARANTE E CONIUGE
- **DICHIARAZIONE di RESPONSABILITA'** FIRMATA DAL RICHIEDENTE (pagina 15 di 15 del modello AP 70 SCARICABILE DAL SITO INPS)
- **SE PRESENTE UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**: DECRETO DI NOMINA E COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'

Documentazione medica che il medico di famiglia deve allegare alla domanda di Invalidità Civile

(per eventuale definizione agli atti ex L.120 - 11 settembre 2020, art.29-ter)

- DOMANDE DI INVALIDITÀ CIVILE: LETTERA DI DIMISSIONE PER EVENTUALI RICOVERI; ESITI DI VISITE O CONTROLLI SPECIALISTICI (VISITE CARDIOLOGICHE, VISITE NEUROLOGICHE, VISITE PSICHIATRICHE O FISIATRICHE).
- PER I MINORI: OLTRE QUANTO SOPRA GIÀ CITATO EVENTUALI RELAZIONI DELLE STRUTTURE SPECIALISTICHE CHE SI OCCUPANO DI MINORI.
- PER PAZIENTI GERIATRICI: OLTRE A QUANTO SOPRA RIPORTATO, VALUTAZIONE GERIATRICA CON DETERMINAZIONE DEI MMSE/ADL/IADL.
- PER PAZIENTI ONCOLOGICI: LETTERA DI DIMISSIONE DELL'EVENTUALE INTERVENTO; REFERTO ISTOLOGICO; FOLLOW-UP ONCOLOGICO CON EVENTUALI CONTROLLI (RADIOLOGICI AD ES.).
- DOMANDE SORDITÀ: AUDIOGRAMMI (ANTERIORI AL 12°ANNO DI ETÀ).
- DOMANDE CIECHI CIVILI: REFERTI VISITE OCULISTICHE CON EVENTUALI CAMPIMETRIE (CAMPO VISIVO).

NOTA BENE:

- NON SONO NECESSARIE LE CARTELLE CLINICHE INTEGRALI MA SONO SUFFICIENTI LE LETTERE DI DIMISSIONE.
- PER GLI ELETTROCARDIOGRAMMI / RX / ELETTROENCEFALOGRAMMI NON È NECESSARIO IL TRACCIATO/LASTRA MA LA SOLA REFERTAZIONE.
- LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA NON DEVE RISALIRE OLTRE I 12/14 MESI DALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA E DEVE ESSERE RILASCIATA DA STRUTTURE SSN O ACCREDITATA CONVENZIONATA.
- NON SONO UTILI LE ANALISI DEL SANGUE.

Documenti necessari aggiuntivi per invalidità civile riconosciuta (ap70)

- FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' RICHIEDENTE (se rinnovata)
- SE EXTRACOMUNITARIO COPIA TITOLO DI SOGGIORNO (se rinnovato)
- COPIA VERBALE DI RICONOSCIMENTO DI INVALIDITA' CIVILE INVIATO DA INPS
- SE RICOVERATO ATTUALMENTE O DALLA DATA DELLA DOMANDA DI INVALIDITA' COMUNICARE LE DATE PRECISE DEL RICOVERO CON NOME STRUTTURA E RELATIVO REPARTO (EV. COPIA LETTERA RICOVERO/DIMISSIONE) con indicazione se il ricovero è gratuito o a parziale/totale spese proprie
- SE IL TITOLARE E' RIVOCERATO A SPESE PROPRIE COPIA DELLA FATTURA DI PAGAMENTO E DICHIARAZIONE DELL'ENTE DOVE E' RICOVERATO
- SE ETA' INFERIORE AI 67 ANNI COPIA ULTIMA DICHIARAZIONE DEI REDDITI DICHIARANTE E CONIUGE (se non già prodotti in fase di domanda)

Documenti necessari aggiuntivi se minori per invalidità civile riconosciuta (ap70)

- FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' DEL MINORE
- FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' E CODICE FISCALE ENTRAMBI GENITORI
- CODICE IBAN (C/C BANCA O POSTA O LIBRETTO POSTALE) **INTESTATO AL MINORE** (COMUNICARE SE INTESTATO SOLO AL RICHIEDENTE O COINTESTATO; SE POSTA COMUNICARE ANCHE IL CODICE FRAZIONARIO O INDIRIZZO DELLA POSTA DOVE SI E' APERTO IL CONTO CORRENTE O LIBRETTO - ATTENZIONE ANCHE I LIBRETTI POSTALI HANNO IL LORO CODICE IBAN)
- CONSENSO ALLA RISCOSSIONE ALTRO GENITORE COMPILATO E FIRMATO DA ENTRAMBI I GENITORI (quadro E del modulo ap70 scaricabile dal sito INPS).

- DICHIARAZIONE RESPONSABILITA' FIRMATA DA ENTRAMBI I GENITORI (pagina 15 di 15 del modello AP 70 SCARICABILE DAL SITO INPS)

Se riconosciuta indennità di frequenza produrre anche:

- AUTOCERTIFICAZIONE FREQUENZA SCOLASTICA CON DATI SCUOLA FREQUENTATA; SE SCUOLA PRIVATA SERVE DICHIARAZIONE SCUOLA
- DICHIARAZIONE DEL CENTRO DI RIABILITAZIONE PER EVENTUALE FREQUENZA AL CENTRO CON INDICAZIONE DELLA FREQUENZA SETTIMANALE (es. 1 volta alla settimana ...)



Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 15/15

Assunzione di responsabilità

Il sottoscritto si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto ha compilato i seguenti quadri:

A B B1 B2 D E F1 F2 G H

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Luogo _____ e data _____

Firma _____

Documento di riconoscimento _____ numero _____ rilasciato da _____
in data _____ valido fino al _____

N.B. Il presente foglio deve essere stampato, firmato e allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.

Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 10/15

Quadro E (consenso riscossione altro genitore)

Compilare a cura dei genitori del minore richiedente la prestazione nel caso di consenso alla riscossione da parte di un genitore nei confronti dell'altro

● Autorizzazione alla riscossione di un genitore nei confronti dell'altro

(Compilare nel caso di autorizzazione alla riscossione da parte del genitore dichiarante nei confronti dell'altro. L'autorizzazione produrrà i suoi effetti nel solo caso di riscossione in contanti. L'autorizzazione non è ammessa qualora la pensione sia riscossa su conto corrente bancario o su conto corrente/libretto postale)

Il / La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

CF/P.IVA _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail/P.E.C. _____

consente che le provvidenze economiche del minore:

Nome _____ Cognome _____

CF _____ n. domus _____

vengano corrisposte all'altro genitore:

Nome _____ Cognome _____

CF/P.IVA _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail/P.E.C. _____

Data _____ Firma di entrambi i genitori _____

● Autenticazione della sottoscrizione

(L'autenticazione della firma può essere effettuata da un funzionario Inps, dal notaio, dal cancelliere, dal segretario comunale o da un funzionario incaricato dal sindaco (art. 21, comma 2, D.P.R. n. 445/2000))

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale

Io sottoscritto _____ Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione sottoscritta dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ data scadenza (gg/mm/aaaa) _____

e dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ data scadenza (gg/mm/aaaa) _____

Luogo _____ e data _____

Firma del funzionario _____

N.B. Il presente quadro, se compilato, deve essere stampato, firmato, autenticato le firme e allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.



● **Modulo da utilizzare in caso di impedimento alla firma da parte del titolare la prestazione**

L'autenticazione della firma può essere effettuata dai soggetti previsti dall'articolo 21, comma 2 del DPR 445/2000 (funzionario Inps, notaio, cancelliere, segretario comunale o funzionario incaricato dal sindaco), utilizzando il presente modulo. Qualora si compili un modulo differente è necessario che contenga le medesime informazioni.

Io sottoscritto _____ Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione del titolare della prestazione

Sig/Sig.ra Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____

N _____ Rilasciato da _____ data (gg/mm/aaaa) _____

- Impossibilitato a firmare
 - poiché impedito per cause di natura fisica
 - poiché incapace di scrivere
- Impossibilitato a firmare per impedimento temporaneo alla dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute (D.P.R. 445/2000 art. 4 comma 2)

compilata e sottoscritta dal

Sig/Sig.ra Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____ grado di parentela _____
(indicare la parentela: esempio coniuge, figlio/a o altro parente entro il terzo grado)

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____

N _____ Rilasciato da _____ data (gg/mm/aaaa) _____

Firma del parente dichiarante _____

data _____ Firma del funzionario _____

N.B. Il presente quadro, se compilato, deve essere stampato, firmato e allegato nella trasmissione telematica dei dati.