

# Rechnung für Assistenzbeitrag

## Versicherte Person

Name, Vorname

Versichertennummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

## Rechnungssteller

Name, Vorname (falls nicht versicherte Person)

E-Mail, Telefon (bei Rückfragen)

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

## Abrechnung

NIF (wird nach erster Rechnungsstellung zugeteilt)

Mitteilungs- / Verfügungsnummer

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x)

Name, Vorname der Kontoinhaber (falls nicht Rechnungssteller)

Strasse, Hausnummer der Kontoinhaber

Postleitzahl, Ort der Kontoinhaber

Abrechnungsperiode	Jahr: _____	<input type="checkbox"/> Januar <input type="checkbox"/> Februar <input type="checkbox"/> März <input type="checkbox"/> April	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Juni <input type="checkbox"/> Juli <input type="checkbox"/> August	<input type="checkbox"/> September <input type="checkbox"/> Oktober <input type="checkbox"/> November <input type="checkbox"/> Dezember	Rechnung bitte jeweils nach Ablauf der Abrechnungsperiode einreichen	
Erbrachte Leistungen	Effektiv erbrachte Stunden	Anzahl Nächte	Ansatz in CHF	Betrag in CHF	Tarifziffer	
Assistenzleistung mit Standardqualifikation			32.90		665.01	
Assistenzleistung mit besonderer Qualifikation			49.40		665.02	
Nachtdienst					665.03	
Lohnfortzahlungspflicht bei Verhinderung der Arbeitnehmenden Bitte das Beiblatt 1 ausfüllen					665.05	
Lohnfortzahlungspflicht bei Verhinderung an der Arbeitsleistung Bitte das Beiblatt 2 ausfüllen					665.06	
Vorschuss					665.07	

**Total in CHF** \_\_\_\_\_

Ist in der Abrechnungsperiode eine akute Phase eingetreten oder dauert die in der vorherigen Abrechnungsperiode eingetretene akute Phase weiter an?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	von: _____ bis: _____
(Wenn ja, bitte Bestätigung des Arztes/der Ärztin beilegen)		

Visum der IV-Stelle:

## Informationen zur Abrechnung

### Was darf in Rechnung gestellt werden?

- Assistenzleistungen mit Standardqualifikation
- Assistenzleistungen mit besonderer Qualifikation
- Nachtdienst

### Wer darf die Hilfe leisten?

Eine natürliche, im Rahmen eines Arbeitsvertrages, angestellte Assistenzperson

### Wer darf die Hilfe nicht leisten?

- Ehepartner
- Eingetragene Partner
- Lebensgefährten
- Personen die in gerader Linie mit der versicherten Person verwandt sind

### Bemerkungen/Ergänzungen

---

---

---

---

---

## Beiblatt 1: Lohnfortzahlungspflicht aufgrund Verhinderung der Arbeitnehmenden (Art. 324a OR)

(Bitte das jeweilige Arztzeugnis beilegen)

### Lohnfortzahlung

von	bis	
<hr/>		
Name Assistent/in	Lohnfortzahlung in CHF	Anzahl Stunden
<hr/>		
Grund für Arbeitsunfähigkeit		
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	
<input type="checkbox"/> andere		
Welcher?		
<hr/>		
Rückerstattung anderer Versicherungen?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Name und Adresse des Versicherers		
<hr/>		
Rückerstattung in CHF	Wartefrist	Höhe Taggeld
<hr/>	<hr/>	<hr/>

### Lohnfortzahlung

von	bis	
<hr/>		
Name Assistent/in	Lohnfortzahlung in CHF	Anzahl Stunden
<hr/>		
Grund für Arbeitsunfähigkeit		
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	
<input type="checkbox"/> andere		
Welcher?		
<hr/>		
Rückerstattung anderer Versicherungen?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Name und Adresse des Versicherers		
<hr/>		
Rückerstattung in CHF	Wartefrist	Höhe Taggeld
<hr/>	<hr/>	<hr/>

### Lohnfortzahlung

von	bis	
<hr/>		
Name Assistent/in	Lohnfortzahlung in CHF	Anzahl Stunden
<hr/>		
Grund für Arbeitsunfähigkeit		
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	
<input type="checkbox"/> andere		
Welcher?		
<hr/>		
Rückerstattung anderer Versicherungen?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Name und Adresse des Versicherers		
<hr/>		
Rückerstattung in CHF	Wartefrist	Höhe Taggeld
<hr/>	<hr/>	<hr/>

**Beiblatt 2: Lohnfortzahlungspflicht aufgrund Verhinderung an der Arbeitsleistung (Art. 324 OR) <sup>22</sup>****Lohnfortzahlung**

von

bis

Name Assistent/in

Lohnfortzahlung in CHF

Anzahl Stunden

Name Assistent/in

Lohnfortzahlung in CHF

Anzahl Stunden

Name Assistent/in

Lohnfortzahlung in CHF

Anzahl Stunden

Grund der Lohnfortzahlung

☐ Spitalaufenthalt☐ andere

Welcher?

☐ Heimaufenthalt**Lohnfortzahlung**

von

bis

Name Assistent/in

Lohnfortzahlung in CHF

Anzahl Stunden

Name Assistent/in

Lohnfortzahlung in CHF

Anzahl Stunden

Name Assistent/in

Lohnfortzahlung in CHF

Anzahl Stunden

Grund der Lohnfortzahlung

☐ Spitalaufenthalt☐ andere

Welcher?

☐ Heimaufenthalt**Lohnfortzahlung**

von

bis

Name Assistent/in

Lohnfortzahlung in CHF

Anzahl Stunden

Name Assistent/in

Lohnfortzahlung in CHF

Anzahl Stunden

Name Assistent/in

Lohnfortzahlung in CHF

Anzahl Stunden

Grund der Lohnfortzahlung

☐ Spitalaufenthalt☐ andere

Welcher?

☐ Heimaufenthalt