

# Rechnung für Hilfloosenentschädigung (HE) und Intensivpflegezuschlag (IPZ) bei Minderjährigen

## 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 / Februar / März <input type="checkbox"/> April / Mai / Juni		<input type="checkbox"/> Juli / August / September <input type="checkbox"/> Oktober / November / Dezember		
Nacht wurde verbracht	Grad	Intensive Betreuung	Datum (von/bis)	Anzahl Nächte	Ansatz HE	Ansatz IPZ	Tarif-ziffer	Betrag in CHF
zu Hause in der Familie oder in einer Pflegefamilie	Leicht	Ohne			<input type="checkbox"/> 15.70		671	
		+ 4 Stunden			<input type="checkbox"/> 15.70	<input type="checkbox"/> 31.30	691	
		+ 6 Stunden			<input type="checkbox"/> 15.70	<input type="checkbox"/> 54.80	692	
		+ 8 Stunden			<input type="checkbox"/> 15.70	<input type="checkbox"/> 78.30	693	
	Mittel	Ohne			<input type="checkbox"/> 39.20		672	
		+ 4 Stunden			<input type="checkbox"/> 39.20	<input type="checkbox"/> 31.30	694	
		+ 6 Stunden			<input type="checkbox"/> 39.20	<input type="checkbox"/> 54.80	695	
		+ 8 Stunden			<input type="checkbox"/> 39.20	<input type="checkbox"/> 78.30	696	
	Schwer	Ohne			<input type="checkbox"/> 62.70		673	
		+ 4 Stunden			<input type="checkbox"/> 62.70	<input type="checkbox"/> 31.30	697	
		+ 6 Stunden			<input type="checkbox"/> 62.70	<input type="checkbox"/> 54.80	698	
		+ 8 Stunden			<input type="checkbox"/> 62.70	<input type="checkbox"/> 78.30	699	
In einer Institution zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen der IV oder im Spital	Hilfloosenentschädigung							
	Hilfloosenentschädigung im Sonderfall				<input type="checkbox"/> 3.90		671.2	

Total CHF

Visum der IV-Stelle:

**Bemerkungen/Ergänzungen**

---

---

---

---

---