

Facture pour la contribution d'assistance

Assuré

Nom, Prénom

Numéro d'assuré (756.xxxx.xxxx.xx)

Adresse

Numéro postal, lieu

Émetteur de la facture

Nom, Prénom (si non assuré)

E-Mail, Numéro de téléphone (en cas de demandes de précisions)

Adresse

Numéro postal, lieu

Décompte

NIF (est attribué après la première facturation)

Numéro de la communication / décision

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x)

Nom, Prénom du Titulaire de Compte (si non émetteur de la facture)

Adresse du Titulaire de Compte

Numéro postal, lieu du Titulaire de Compte

Période comptable	année: _____	<input type="checkbox"/> janvier <input type="checkbox"/> février <input type="checkbox"/> mars <input type="checkbox"/> avril	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> juin <input type="checkbox"/> juillet <input type="checkbox"/> août	<input type="checkbox"/> septembre <input type="checkbox"/> octobre <input type="checkbox"/> novembre <input type="checkbox"/> décembre	Présenter la facture à la fin de la période comptable	
Prestations dispensées	Heures effectivement fournies	Nombre de nuits	Taux en CHF	Montant en CHF	Code tarifaire	
Prestations d'assistance avec qualification standard			32.90		665.01	
Prestations d'assistance avec qualification partiulière			49.40		665.02	
Prestations de nuit					665.03	
Obligation de payer le salaire en cas d'empêchement du travailleur Prière de remplir la feuille annexe 1					665.05	
Obligation de payer le salaire en cas de demeure de l'employeur Prière de remplir la feuille annexe 2					665.06	
Avance					665.07	

Total en CHF _____

Dans la période comptable, une phase aigue a eu lieu ou la phase aigue entrée dans la période comptable précédente continue-t-elle ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	du: _____	au: _____
(Si oui, prière de joindre une attestation d'un médecin)			

Visa de l'office AI:

Informations concernant le décompte

Qu'est-ce qui peut être facturé

- Prestations d'assistance avec qualification standard
- Prestations d'assistance avec qualification particulière
- Prestations de nuit

Qui peut fournir de l'aide?

Une personne physique (assistant) sur la base d'un contrat de travail

Qui ne peut pas fournir de l'aide?

- Époux
- Partenariat civile enregistré
- Compagnon de vie
- Parents en ligne directe de l'assuré

Remarques/Compléments

Feuille annexe 1: Obligation de payer le salaire en cas d'empêchement du travailleur (art. 324a CO)

(Prière de joindre l'attestation concerné d'un médecin)

Poursuite du versement du salaire

du

au

Nom de l'assistant-e

Salaire en CHF

Nombre d'heures

Motif de l'incapacité de travail

maladie

accident

autre

Lequel?

Remboursement d'autres assurances?

oui

non

Nom et adresse de l'assurance

Remboursement en CHF

Délai d'attente

Montant de l'indemnité journalière

Poursuite du versement du salaire

du

au

Nom de l'assistant-e

Salaire en CHF

Nombre d'heures

Motif de l'incapacité de travail

maladie

accident

autre

Lequel?

Remboursement d'autres assurances?

oui

non

Nom et adresse de l'assurance

Remboursement en CHF

Délai d'attente

Montant de l'indemnité journalière

Poursuite du versement du salaire

du

au

Nom de l'assistant-e

Salaire en CHF

Nombre d'heures

Motif de l'incapacité de travail

maladie

accident

autre

Lequel?

Remboursement d'autres assurances?

oui

non

Nom et adresse de l'assurance

Remboursement en CHF

Délai d'attente

Montant de l'indemnité journalière

Feuille annexe 2: Obligation de payer le salaire en cas de demeure de l'employeur (art. 324 CO) ²²

Poursuite du versement du salaire

du	au		
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures	
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures	
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures	

Motif de la poursuite du versement du salaire
 séjour à l'hôpital
 autre
Lequel?

séjour dans un home

Poursuite du versement du salaire

du	au		
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures	
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures	
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures	

Motif de la poursuite du versement du salaire
 séjour à l'hôpital
 autre
Lequel?

séjour dans un home

Poursuite du versement du salaire

du	au		
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures	
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures	
Nom de l'assistant-e	Salaire en CHF	Nombre d'heures	

Motif de la poursuite du versement du salaire
 séjour à l'hôpital
 autre
Lequel?

séjour dans un home