

## Rechnung für Assistenzbeitrag

Rechnungsdatum \_\_\_\_\_

**Versicherte Person**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

AHV-Nummer (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**

GLN (falls vorhanden) \_\_\_\_\_

Mitteilungs- / Verfügungsnummer \_\_\_\_\_

IBAN (CHxx xxxx 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			35.30		665.01
Assistenzleistung mit besonderer Qualifikation			52.95		665.02
Nachtdienst  Bitte machen Sie auf der folgenden Seite weitere Angaben, wenn nur ein Teil der Nächte in Rechnung gestellt wird					665.03
Nachtdienst  (reduzierte Pauschale, da geteilte Assistenzperson)  Bitte machen Sie auf der folgenden Seite weitere Angaben	Anzahl Versicherten, die sich die Leistungen einer einzigen Assistenzperson teilen  _____				665.031.1
Nachtdienst  (reduzierte Pauschale, da geteilte Assistenzperson)  Bitte machen Sie auf der folgenden Seite weitere Angaben	Anzahl Versicherten, die sich die Leistungen einer einzigen Assistenzperson teilen  _____				665.031.1
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 Arztzeugnis beilegen)			

Bitte senden Sie dieses Formular an die zuständige IV-Stelle.

**Nächte wurden nicht in Rechnung gestellt, weil:** Anzahl Nächte

- Aufenthalt in Institution / Heim / Internat \_\_\_\_\_
- Spitalaufenthalt \_\_\_\_\_
- Erbracht von einer Spitek-Organisation \_\_\_\_\_
- Unentgeltlich erbracht von Angehörigen (Freunden, Verwandten) \_\_\_\_\_
- Von einem anderen Bezüger **eines Assistenzbeitrags** in Rechnung gestellt.  
(geteilte Assistenzperson) \_\_\_\_\_
- Lohnfortzahlungspflicht (siehe Anhang 2) \_\_\_\_\_
- Andere Gründe. Erklärung: \_\_\_\_\_

#### **Informationen zur Abrechnung**

**Teilen Sie sich die Leistungen der gleichen Assistenzperson mit einem oder mehreren anderen Bezüger eines Assistenzbeitrags?**

Während des Tages  Ja  Nein

Während der Nacht  Ja  Nein

Name und Vorname anderer Bezüger eines Assistenzbeitrags, die sich die Leistungen der gleichen Assistenzperson teilen:

---



---

#### **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**

---



---



---



---



---



Rückerstattung anderer Versicherungen?  
Name und Adresse des Versicherers

ja

nein

Rückerstattung in CHF

Wartefrist

Höhe Taggeld

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

von bis

Name Assistenzperson

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

Name Assistenzperson

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

Name Assistenzperson

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

## Grund der Lohnfortzahlung

- Spitalaufenthalt  Heimaufenthalt  
 andere

Welcher?

**Lohnfortzahlung**

von bis

Name Assistenzperson

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

Name Assistenzperson

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

Name Assistenzperson

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

**Grund der Lohnfortzahlung** Spitalaufenthalt Heimaufenthalt andere

Welcher?

---

**Lohnfortzahlung**

von

bis

Name Assistenzperson

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

Name Assistenzperson

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

Name Assistenzperson

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

**Grund der Lohnfortzahlung** Spitalaufenthalt Heimaufenthalt andere

Welcher?

---