

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 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
<input type="checkbox"/> Aufenthalt in Institution / Heim / Internat	_____
<input type="checkbox"/> Spitalaufenthalt	_____
<input type="checkbox"/> Erbracht von einer Spitex-Organisation	_____
<input type="checkbox"/> Unentgeltlich erbracht von Angehörigen (Freunden, Verwandten)	_____
<input type="checkbox"/> Von einem anderen Bezüger eines Assistenzbeitrags in Rechnung gestellt. (geteilte Assistenzperson)	_____

<input type="checkbox"/> Lohnfortzahlungspflicht (siehe Anhang 2)	_____
<input type="checkbox"/> 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

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

(Bitte das jeweilige Arztzeugnis beilegen)

Falls die Lohnfortzahlungspflicht mehrere Assistenzpersonen betrifft, ist dieses Beiblatt für jede Assistenzperson auszufüllen.

Name Assistenzperson

Lohnfortzahlung

von

bis

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Grund für Arbeitsunfähigkeit

Krankheit

Unfall

andere

Welcher?

Rückerstattung anderer Versicherungen?

ja

nein

Name und Adresse des Versicherers

Rückerstattung in CHF

Wartefrist

Höhe Taggeld

Lohnfortzahlung

von

bis

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Grund für Arbeitsunfähigkeit

Krankheit

Unfall

andere

Welcher?

Rückerstattung anderer Versicherungen?

ja

nein

Name und Adresse des Versicherers

Rückerstattung in CHF

Wartefrist

Höhe Taggeld

Lohnfortzahlung

von

bis

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Grund für Arbeitsunfähigkeit

Krankheit

Unfall

andere

Welcher?

Rückerstattung anderer Versicherungen?

ja

nein

Name und Adresse des Versicherers

--	--	--

Rückerstattung in CHF

Wartezeit

Höhe Taggeld

--	--	--

Beiblatt 2: Lohnfortzahlungspflicht aufgrund Verhinderung an der Arbeitsleistung (Art. 324 OR) ²²

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?
