

Facture pour la contribution d'assistance

Date de la facture _____

Assuré

Nom, Prénom _____

Numéro AVS (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

GLN (si disponible) _____

Numéro de la communication / décision _____

IBAN (CHxx 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			34.30		665.01
Prestations d'assistance avec qualification particulière			51.50		665.02
Prestations de nuit Prière de fournir plus de détails à la page suivante lorsque seule une partie des nuits est facturée					665.03
Prestations de nuit (forfait réduit car assistant partagé) Prière de fournir plus de détails à la page suivante	Nombre d'assurés qui partagent les services d'un même assistant _____				665.031.1
Prestations de nuit (forfait réduit car assistant partagé) Prière de fournir plus de détails à la page suivante	Nombre d'assurés qui partagent les services d'un même assistant _____				665.031.1
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 aiguë a eu lieu ou la phase aiguë entrée dans la période comptable précédente continue-t-elle ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	du: _____ au: _____ (Si oui, prière de joindre un certificat médical)

Veuillez envoyer ce formulaire à l'office AI compétent.

Nuits non facturées car :

Nombre de nuits

- | | | |
|--|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Séjour en institution/ home / internat | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Séjour à l'hôpital | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Prestation fournie par une organisation de soins à domicile | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Prestation fournie gratuitement par de proches (amis, membres de la famille) | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Facturées par un autre bénéficiaire d'une contribution d'assistance (assistant partagé) | | _____ |
| | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Obligation de poursuivre le versement du salaire (v. annexe 2) | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Autres raisons. Explication: _____ | | _____ |

Informations concernant le décompte

Est-ce que vous partagez les services du même assistant avec un ou plusieurs autres bénéficiaires d'une contribution d'assistance ?

Pendant la journée Oui Non

Pendant la nuit Oui Non

Nom et prénom des autres bénéficiaires d'une contribution d'assistance qui partagent les services d'un même assistant

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 le certificat médical)

Si l'obligation de payer le salaire concerne plusieurs assistants, cette annexe doit être remplie pour chaque assistant.

Nom de l'assistant-e

Poursuite du versement du salaire

du

au

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps

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

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps

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

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps

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

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps

Nom de l'assistant-e

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps

Nom de l'assistant-e

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps

Motif de la poursuite du versement du salaire

séjour à l'hôpital

séjour dans un home

autre

Lequel?

Poursuite du versement du salaire

du _____ au _____

Nom de l'assistant-e

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps

Nom de l'assistant-e

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps

Nom de l'assistant-e

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps

Motif de la poursuite du versement du salaire

- séjour à l'hôpital
 autre

séjour dans un home

Lequel?

Poursuite du versement du salaire

du

au

Nom de l'assistant-e

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps

Nom de l'assistant-e

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps

Nom de l'assistant-e

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps

Motif de la poursuite du versement du salaire

- séjour à l'hôpital
 autre

séjour dans un home

Lequel?
