

# 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			35.30		665.01
Prestations d'assistance avec qualification particulière			52.95		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 <sup>bre</sup> d'heures	N <sup>bre</sup> de nuits pour un seul assuré	N <sup>bre</sup> de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N <sup>bre</sup> 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 <sup>bre</sup> d'heures	N <sup>bre</sup> de nuits pour un seul assuré	N <sup>bre</sup> de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N <sup>bre</sup> 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 <sup>bre</sup> d'heures	N <sup>bre</sup> de nuits pour un seul assuré	N <sup>bre</sup> de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N <sup>bre</sup> 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 <sup>bre</sup> d'heures	N <sup>bre</sup> de nuits pour un seul assuré	N <sup>bre</sup> de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N <sup>bre</sup> d'assurés pris en charge de nuit en même temps

Nom de l'assistant-e

N <sup>bre</sup> d'heures	N <sup>bre</sup> de nuits pour un seul assuré	N <sup>bre</sup> de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N <sup>bre</sup> d'assurés pris en charge de nuit en même temps

Nom de l'assistant-e

N <sup>bre</sup> d'heures	N <sup>bre</sup> de nuits pour un seul assuré	N <sup>bre</sup> de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N <sup>bre</sup> 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 <sup>bre</sup> d'heures	N <sup>bre</sup> de nuits pour un seul assuré	N <sup>bre</sup> de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N <sup>bre</sup> d'assurés pris en charge de nuit en même temps

Nom de l'assistant-e

N <sup>bre</sup> d'heures	N <sup>bre</sup> de nuits pour un seul assuré	N <sup>bre</sup> de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N <sup>bre</sup> d'assurés pris en charge de nuit en même temps

Nom de l'assistant-e

N <sup>bre</sup> d'heures	N <sup>bre</sup> de nuits pour un seul assuré	N <sup>bre</sup> de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N <sup>bre</sup> 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 <sup>bre</sup> d'heures	N <sup>bre</sup> de nuits pour un seul assuré	N <sup>bre</sup> de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N <sup>bre</sup> d'assurés pris en charge de nuit en même temps

Nom de l'assistant-e

N <sup>bre</sup> d'heures	N <sup>bre</sup> de nuits pour un seul assuré	N <sup>bre</sup> de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N <sup>bre</sup> d'assurés pris en charge de nuit en même temps

Nom de l'assistant-e

N <sup>bre</sup> d'heures	N <sup>bre</sup> de nuits pour un seul assuré	N <sup>bre</sup> de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N <sup>bre</sup> 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?