

# Fattura per il contributo per l'assistenza

Data della fattura

**Persona assicurata**

Cognome, nome

Numero AVS (756.xxxx.xxxx.xx)

Via, n°

NAP, luogo

**Emittente della fattura**

Cognome, nome (nel caso in cui non sia la persona assicurata)

E-Mail, Numero di telefono (per eventuali chiarimenti)

Via, n°

NAP, luogo

**Conteggio**

GLN (se disponibile)

Numero della decisione/comunicazione

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x)

Cognome, nome dell'intestatario del conto (nel caso in cui non sia

l'emittente della fattura)

Via, N° dell'intestatario del conto

NAP, luogo dell'intestatario del conto

Periodo di conteggio anno: _____	<input type="checkbox"/> gennaio <input type="checkbox"/> febbraio <input type="checkbox"/> marzo <input type="checkbox"/> aprile	<input type="checkbox"/> maggio <input type="checkbox"/> giugno <input type="checkbox"/> luglio <input type="checkbox"/> agosto	<input type="checkbox"/> settembre <input type="checkbox"/> ottobre <input type="checkbox"/> novembre <input type="checkbox"/> dicembre	Va inoltrato alla fine di ogni periodo di conteggio	
<b>Prestazioni concesse</b>	<b>Ore effettive prestate</b>	<b>Numero di notti</b>	<b>Importo in CHF</b>	<b>Importo in CHF</b>	<b>Cifra tariffale</b>
Prestazioni da parte di un assistente con qualifica standard			35.30		665.01
Prestazioni da parte di un assistente con qualifiche particolari			52.95		665.02
Servizio notturno Per favore fornire maggiori dettagli nella pagina seguente quando viene fatturata solo una parte delle notti					665.03
Servizio notturno (forfait ridotto perché assistente condiviso) Per favore fornire maggiori dettagli nella pagina seguente	Numero di assicurati che condividono i servizi di un solo assistente				665.031.1
Servizio notturno (forfait ridotto perché assistente condiviso) Per favore fornire maggiori dettagli nella pagina seguente	Numero di assicurati che condividono i servizi di un solo assistente				665.031.1
Obbligo di proseguire il versamento del salario in caso di impedimento del lavoratore Per favore compilare l'allegato 1					665.05
Obbligo di proseguire il versamento del salario in caso di mora del datore di lavoro Per favore compilare l'allegato 2					665.06
Acconto					665.07

Totale in CHF \_\_\_\_\_

Nel periodo di conteggio é subentrata una fase acuta, oppure la fase acuta subentrata nel periodo di conteggio continua a perdurare?	<input type="checkbox"/> no		
	<input type="checkbox"/> si	dal:	al:
(Se si, si prega di allegare un certificato medico)			

Voglia inviare questo formulario all'Ufficio AI competente.

**Notti non fatturate perché:**

Numero di notti

<input type="checkbox"/> Ricovero in istituzione/istituto/internato	_____
<input type="checkbox"/> Ricovero in ospedale	_____
<input type="checkbox"/> Prestazione fornita da un'organizzazione di assistenza domiciliare	_____
<input type="checkbox"/> Prestazione fornita gratuitamente da familiari (amici, parenti)	_____
<input type="checkbox"/> Fatturate da un altro beneficiario di un contributo d'assistenza (assistente condiviso)	_____
	_____
<input type="checkbox"/> Obbligo di proseguire il pagamento del salario (vedi allegato 2)	_____
<input type="checkbox"/> Altri motivi. Spiegazione: _____	_____

**Informazioni per la fatturazione**

**Condivide i servizi di un solo assistente con uno o più altri beneficiari di un contributo d'assistenza?**

Durante il giorno ☐ Sì ☐ No

Durante la notte ☐ Sì ☐ No

Cognome e nome degli altri beneficiari di un contributo di assistenza che condividono i servizi di un solo assistente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cosa può essere indicato nella fattura?**

- Prestazioni da parte di un assistente con qualifica standard
- Prestazioni da parte di un assistente con qualifiche particolari
- Servizio notturno

**Chi può prestare l'aiuto?**

Una persona fisica (assistente) con un contratto di lavoro

**Chi non può prestare l'aiuto?**

- Il coniuge
- Il partner registrato
- La persona con cui convive di fatto
- Un parente in linea retta con la persona assicurata

**Osservazioni**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Supplemento 1: Obbligo di proseguire il versamento del salario a causa di impedimento del lavoratore (art. 324a CO)**

(per favore allegare certificato medico)

Se l'obbligo di proseguire il versamento del salario riguarda più assistenti, questo supplemento deve essere compilato per ogni assistente.

Nome dell'assistente

**Proseguire il versamento del salario**

dal

al

N° di ore	N° di notti per un solo assicurato	N° di notti per più assicurati contemporaneamente	No di assicurati presi a carico di notte contemporaneamente

Motivo dell'incapacità lavorativa

☐ Malattia

☐ Infortunio

☐ altro

Quale?

Rimborsi da altre assicurazioni?

☐ sì

☐ no

Nome e indirizzo delle assicurazioni

Rimborso in CHF

Periodo di attesa

Importo dell'indennità giornaliera

**Proseguire il versamento del salario**

dal

al

N° di ore	N° di notti per un solo assicurato	N° di notti per più assicurati contemporaneamente	No di assicurati presi a carico di notte contemporaneamente

Motivo dell'incapacità lavorativa

☐ Malattia

☐ Infortunio

☐ altro

Quale?

Rimborsi da altre assicurazioni?

☐ sì

☐ no

Nome e indirizzo delle assicurazioni

Rimborso in CHF

Periodo di attesa

Importo dell'indennità giornaliera

**Proseguire il versamento del salario**

dal

al

N° di ore	N° di notti per un solo assicurato	N° di notti per più assicurati contemporaneamente	No di assicurati presi a carico di notte contemporaneamente

Motivo dell'incapacità lavorativa

☐ Malattia

☐ Infortunio

☐ altro

Quale?

Rimborsi da altre assicurazioni?

☐ sì

☐ no

Nome e indirizzo delle assicurazioni

Rimborso in CHF

Periodo di attesa

Importo dell'indennità giornaliera

--	--	--

**Supplemento 2: Obbligo di proseguire il versamento del salario in caso di mora del datore di lavoro  
(art. 324 CO) <sup>22</sup>**

**Proseguire il versamento del salario**

dal  al

Nome dell'assistente

N° di ore	N° di notti per un solo assicurato	N° di notti per più assicurati contemporaneamente	No di assicurati presi a carico di notte contemporaneamente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome dell'assistente

N° di ore	N° di notti per un solo assicurato	N° di notti per più assicurati contemporaneamente	No di assicurati presi a carico di notte contemporaneamente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome dell'assistente

N° di ore	N° di notti per un solo assicurato	N° di notti per più assicurati contemporaneamente	No di assicurati presi a carico di notte contemporaneamente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Motivo della prosecuzione del versamento del salario

☐ Ricovero in ospedale ☐ Ricovero in istituto

☐ Altro

Quale?

**Proseguire il versamento del salario**

dal  al

Nome dell'assistente

N° di ore	N° di notti per un solo assicurato	N° di notti per più assicurati contemporaneamente	No di assicurati presi a carico di notte contemporaneamente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome dell'assistente

N° di ore	N° di notti per un solo assicurato	N° di notti per più assicurati contemporaneamente	No di assicurati presi a carico di notte contemporaneamente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome dell'assistente

N° di ore	N° di notti per un solo assicurato	N° di notti per più assicurati contemporaneamente	No di assicurati presi a carico di notte contemporaneamente

Motivo della prosecuzione del versamento del salario

☐ Ricovero in ospedale

☐ Ricovero in istituto

☐ Altro

Quale?

**Proseguire il versamento del salario**

dal

al

Nome dell'assistente

N° di ore	N° di notti per un solo assicurato	N° di notti per più assicurati contemporaneamente	No di assicurati presi a carico di notte contemporaneamente

Nome dell'assistente

N° di ore	N° di notti per un solo assicurato	N° di notti per più assicurati contemporaneamente	No di assicurati presi a carico di notte contemporaneamente

Nome dell'assistente

N° di ore	N° di notti per un solo assicurato	N° di notti per più assicurati contemporaneamente	No di assicurati presi a carico di notte contemporaneamente

Motivo della prosecuzione del versamento del salario

☐ Ricovero in ospedale

☐ Ricovero in istituto

☐ Altro

Quale?