

Fattura per il contributo per l'assistenza

Data della fattura _____

Persona assicurata

Cognome, nome _____

Numero AVS (756.xxxx.xxxx.xx)

Via, n° _____

NAP, luogo _____

Emissente 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 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
Prestazioni concesse	Ore effettive prestate	Numero di notti	Importo in CHF	Importo in CHF Cifra tariffale
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 è 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 sì, si prega di allegare un certificato medico)			

Voglia inviare questo formulario all'Ufficio AI competente.

Notti non fatturate perché:

Numero di notti

- Ricovero in istituzione/istituto/internato _____
- Ricovero in ospedale _____
- Prestazione fornita da un'organizzazione di assistenza domiciliare _____
- Prestazione fornita gratuitamente da familiari (amici, parenti) _____
- Fatturate da un altro beneficiario di un contributo d'assistenza (assistente condiviso) _____

- Obbligo di proseguire il pagamento del salario (vedi allegato 2) _____
- 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

Motivo dell'incapacità lavorativa

- Malattia
 altro

Infortunio

Quale?

Rimborsi da altre assicurazioni?

si

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) ²²**

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

- Atro

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

Atro

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

Atro

Quale?
