

Fattura per il contributo per l'assistenza

Data della fattura _____

Persona assicurata

Cognome, nome _____

Numero d'assicurato (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

NIF (sarà comunicato dopo la prima fatturazione) _____

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	
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			32.90		665.01
Prestazioni da parte di un assistente con qualifiche particolari			49.40		665.02
Servizio notturno					665.03
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 una conferma da parte del medico)
--	---

Voglia inviare questo formulario all'Ufficio AI competente.

Visto dell'ufficio AI:

Informazioni per la fatturazione

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) ²¹

Proseguire il versamento del salario

dal _____ al _____

Nome dell'assistente _____ Salario versato in CHF _____ Numero di ore _____

Motivo dell'incapacità lavorativa
 Malattia Infortunio
 altro

Quale?

Rimborsi da altre assicurazioni? si no

Nome e indirizzo delle assicurazioni

Rimborso in CHF _____ Periodo di attesa _____ Importo dell'indennità giornaliera _____

Proseguire il versamento del salario

dal _____ al _____

Nome dell'assistente _____ Salario versato in CHF _____ Numero di ore _____

Motivo dell'incapacità lavorativa
 Malattia Infortunio
 altro

Quale?

Rimborsi da altre assicurazioni? si no

Nome e indirizzo delle assicurazioni

Rimborso in CHF _____ Periodo di attesa _____ Importo dell'indennità giornaliera _____

Proseguire il versamento del salario

dal _____ al _____

Nome dell'assistente _____ Salario versato in CHF _____ Numero di ore _____

Motivo dell'incapacità lavorativa
 Malattia Infortunio
 altro

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	Salario versato in CHF	Numero di ore
_____	_____	_____

Nome dell'assistente	Salario versato in CHF	Numero di ore
_____	_____	_____

Nome dell'assistente	Salario versato in CHF	Numero di ore
_____	_____	_____

Motivo del prolungo del versamento del salario

Ricovero in ospedale Ricovero in istituto

Altro

Quale?

Proseguire il versamento del salario

dal _____ al _____

Nome dell'assistente	Salario versato in CHF	Numero di ore
_____	_____	_____

Nome dell'assistente	Salario versato in CHF	Numero di ore
_____	_____	_____

Nome dell'assistente	Salario versato in CHF	Numero di ore
_____	_____	_____

Motivo del prolungo del versamento del salario

Ricovero in ospedale Ricovero in istituto

Altro

Quale?

Proseguire il versamento del salario

dal _____ al _____

Nome dell'assistente	Salario versato in CHF	Numero di ore
_____	_____	_____

Nome dell'assistente	Salario versato in CHF	Numero di ore
_____	_____	_____

Nome dell'assistente	Salario versato in CHF	Numero di ore
_____	_____	_____

Motivo del prolungo del versamento del salario

Ricovero in ospedale Ricovero in istituto

Altro

Quale?
