

Rechnung für Hilflosenentschädigung (HE) und Intensivpflegezuschlag (IPZ) bei Minderjährigen

Rechnungsdatum _____

Versicherte Person

Name, Vorname _____

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx) _____

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Rechnungssteller

Name, Vorname (falls nicht versicherte Person) _____

E-Mail, Telefon (bei Rückfragen) _____

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Abrechnung

GLN (falls vorhanden) _____

Mitteilungs- / Verfügungsnummer _____

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x) _____

Name, Vorname der Kontoinhaber (falls nicht Rechnungssteller) _____

Strasse, Hausnummer der Kontoinhaber _____

Postleitzahl, Ort der Kontoinhaber _____

Abrechnungsperiode Jahr: _____		<input type="checkbox"/> Januar / Februar / März <input type="checkbox"/> April / Mai / Juni		<input type="checkbox"/> Juli / August / September <input type="checkbox"/> Oktober / November / Dezember			
Nacht wurde verbracht	Grad HE / IPZ	Datum (von/bis)	Anzahl Nächte	Ansatz HE	Ansatz IPZ	Tarif 923 / Tarif-ziffer	Betrag in CHF
Zu Hause in der Familie oder in einer Pflegefamilie (Entspricht Spalte 1a)	HE Leicht			<input type="checkbox"/> 16.80		671	
	HE Mittel			<input type="checkbox"/> 42.00		672	
	HE Schwer			<input type="checkbox"/> 67.20		673	
	IPZ + 4 Stunden				<input type="checkbox"/> 33.60	670.4	
	IPZ + 6 Stunden				<input type="checkbox"/> 58.80	670.6	
	IPZ + 8 Stunden				<input type="checkbox"/> 84.00	670.8	
In einem Spital (Aufenthalt von weniger als einem Kalendermonat oder mit der Bestätigung, dass die Anwesenheit der Eltern notwendig ist und tatsächlich erfolgte)* (Entspricht Spalte 1b)	HE Leicht			<input type="checkbox"/> 16.80		681	
	HE Mittel			<input type="checkbox"/> 42.00		682	
	HE Schwer			<input type="checkbox"/> 67.20		683	
	IPZ + 4 Stunden				<input type="checkbox"/> 33.60	680.4	
	IPZ + 6 Stunden				<input type="checkbox"/> 58.80	680.6	
	IPZ + 8 Stunden				<input type="checkbox"/> 84.00	680.8	
Im Heim (wenn die Eltern die Kosten des Aufenthalts tragen)** (Entspricht Spalte 1c)	HE Leicht			<input type="checkbox"/> 16.80		674	
	HE Mittel			<input type="checkbox"/> 42.00		675	
	HE Schwer			<input type="checkbox"/> 67.20		676	
	IPZ + 4 Stunden				<input type="checkbox"/> 33.60	690.4	
	IPZ + 6 Stunden				<input type="checkbox"/> 58.80	690.6	
	IPZ + 8 Stunden				<input type="checkbox"/> 84.00	690.8	

Versicherte Person

Name, Vorname

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Nacht wurde verbracht	Grad	Intensive Betreuung	Datum (von/bis)	Anzahl Nächte	Ansatz HE	Ansatz IPZ	Tarif 923 / Tarif-ziffer	Betrag in CHF
In einer Institution zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen der IV (wenn eine Hilflosenentschädigung im Sonderfall bezogen wird). (Entspricht Spalte 1/4d)	HE Leicht				<input type="checkbox"/> 4.20		671.4	

Total CHF

* Bestätigung des Spitals beilegen

** Rechnung des Heims beilegen

Kontrollblatt für den Anspruch auf Hilflosenentschädigung (evt. Intensivpflegezuschlag)

Bitte kreuzen Sie die Tage entsprechend dem Aufenthaltsort Ihres Kindes an gemäss den Erklärungen am Schluss des Rechnungsformulares. Massgebend ist jeweils der Übernachtungsort (Eintrittsort mit anschliessender Übernachtung). Legen Sie das Kontrollblatt dem Rechnungsformular bei.

Monat		Jahr				
		1a	1b	-	1c	1/4d
1		<input type="checkbox"/>				
2		<input type="checkbox"/>				
3		<input type="checkbox"/>				
4		<input type="checkbox"/>				
5		<input type="checkbox"/>				
6		<input type="checkbox"/>				
7		<input type="checkbox"/>				
8		<input type="checkbox"/>				
9		<input type="checkbox"/>				
10		<input type="checkbox"/>				
11		<input type="checkbox"/>				
12		<input type="checkbox"/>				
13		<input type="checkbox"/>				
14		<input type="checkbox"/>				
15		<input type="checkbox"/>				
16		<input type="checkbox"/>				
17		<input type="checkbox"/>				
18		<input type="checkbox"/>				
19		<input type="checkbox"/>				
20		<input type="checkbox"/>				
21		<input type="checkbox"/>				
22		<input type="checkbox"/>				
23		<input type="checkbox"/>				
24		<input type="checkbox"/>				
25		<input type="checkbox"/>				
26		<input type="checkbox"/>				
27		<input type="checkbox"/>				
28		<input type="checkbox"/>				
29		<input type="checkbox"/>				
30		<input type="checkbox"/>				
31		<input type="checkbox"/>				

Monat		Jahr				
		1a	1b	-	1c	1/4d
1		<input type="checkbox"/>				
2		<input type="checkbox"/>				
3		<input type="checkbox"/>				
4		<input type="checkbox"/>				
5		<input type="checkbox"/>				
6		<input type="checkbox"/>				
7		<input type="checkbox"/>				
8		<input type="checkbox"/>				
9		<input type="checkbox"/>				
10		<input type="checkbox"/>				
11		<input type="checkbox"/>				
12		<input type="checkbox"/>				
13		<input type="checkbox"/>				
14		<input type="checkbox"/>				
15		<input type="checkbox"/>				
16		<input type="checkbox"/>				
17		<input type="checkbox"/>				
18		<input type="checkbox"/>				
19		<input type="checkbox"/>				
20		<input type="checkbox"/>				
21		<input type="checkbox"/>				
22		<input type="checkbox"/>				
23		<input type="checkbox"/>				
24		<input type="checkbox"/>				
25		<input type="checkbox"/>				
26		<input type="checkbox"/>				
27		<input type="checkbox"/>				
28		<input type="checkbox"/>				
29		<input type="checkbox"/>				
30		<input type="checkbox"/>				
31		<input type="checkbox"/>				

Monat		Jahr				
		1a	1b	-	1c	1/4d
1		<input type="checkbox"/>				
2		<input type="checkbox"/>				
3		<input type="checkbox"/>				
4		<input type="checkbox"/>				
5		<input type="checkbox"/>				
6		<input type="checkbox"/>				
7		<input type="checkbox"/>				
8		<input type="checkbox"/>				
9		<input type="checkbox"/>				
10		<input type="checkbox"/>				
11		<input type="checkbox"/>				
12		<input type="checkbox"/>				
13		<input type="checkbox"/>				
14		<input type="checkbox"/>				
15		<input type="checkbox"/>				
16		<input type="checkbox"/>				
17		<input type="checkbox"/>				
18		<input type="checkbox"/>				
19		<input type="checkbox"/>				
20		<input type="checkbox"/>				
21		<input type="checkbox"/>				
22		<input type="checkbox"/>				
23		<input type="checkbox"/>				
24		<input type="checkbox"/>				
25		<input type="checkbox"/>				
26		<input type="checkbox"/>				
27		<input type="checkbox"/>				
28		<input type="checkbox"/>				
29		<input type="checkbox"/>				
30		<input type="checkbox"/>				
31		<input type="checkbox"/>				

Legende auf der Rückseite

Bitte senden Sie dieses Formular an die zuständige IV-Stelle.

Visum IV-Stelle:

1a: Wohnt zu Hause:

Tage, an denen das Kind zu Hause oder in der Pflegefamilie übernachtet.

1b: Spitalaufenthalte:

Aufenthalte von weniger als einem vollen Kalendermonat oder mit Bestätigung des Spitals, dass die Anwesenheit der Eltern notwendig war und tatsächlich täglich erfolgte (Die Bestätigung ist beizulegen).

- : Keine Entschädigung:

Stationärer Spital-/Klinikaufenthalt von mehr als einem vollen Kalendermonat, Interne Eingliederungsmassnahmen zu Lasten der IV, Heim- und Sonderschulaufenthalt (inkl. Entlastungsaufenthalt nicht vollständig zu Lasten der Eltern).

1c: Heimaufenthalt/Entlastungsaufenthalt:

Tage, an denen das Kind die Nacht in einem Heim oder Entlastungsaufenthalt verbringt und für die die Eltern die vollständigen Kosten tragen. Die Rechnung des Aufenthaltes ist beizulegen.

1d: Sonderfall bei interner Unterbringung nach Art. 42 Abs. 5 IVG:

Minderjährige, welche in einer Institution sind und eine Hilflosenentschädigung beziehen wegen Art. 37 Abs. 3d IVV, wonach erhebliche Dienstleistungen im Bereich der Pflege gesellschaftlicher Kontakte geleistet werden müssen.