

Facture pour allocation pour impotent (API) et pour supplément pour soins intenses (SSI) pour mineurs

Date de la facture _____

Personne assurée

Nom, prénom _____

Numéro AVS (756.xxxx.xxxx.xx) _____

Rue, numéro _____

Code postal, localité _____

Émetteur de la facture

Nom, prénom (si ce n'est pas la personne assurée) _____

Courriel, N° de téléphone (pour demandes de précisions) _____

Rue, numéro _____

Code postal, localité _____

Décompte

GLN (si disponible) _____

N° de communication / N° de décision _____

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x) _____

Nom, prénom des détenteurs du cpté (si ce n'est pas l'émetteur de la facture) _____

Rue, numéro du détenteur du compte _____

Code postal, localité du détenteur du compte _____

Période de décompte	Année: _____	<input type="checkbox"/> janvier / février / mars <input type="checkbox"/> avril / mai / juin		<input type="checkbox"/> juillet / août / septembre <input type="checkbox"/> octobre / novembre / décembre			
Une nuit a été passée	Degré API / SSI	Date (du/au)	Nbre de nuits	Tarif API	Tarif SSI	Tarif 923 / chiffre tarifaire	Montant en CHF
Séjour à domicile ou dans une famille d'accueil (Correspond à la colonne 1a)	API faible			<input type="checkbox"/> 16.80		671	
	API moyenne			<input type="checkbox"/> 42.00		672	
	API grave			<input type="checkbox"/> 67.20		673	
	SSI + 4 heures				<input type="checkbox"/> 33.60	670.4	
	SSI + 6 heures				<input type="checkbox"/> 58.80	670.6	
	SSI + 8 heures				<input type="checkbox"/> 84.00	670.8	
Séjour dans un hôpital (séjours d'une durée inférieure à un mois civil ou avec l'attestation selon laquelle la présence des parents est nécessaire et a effectivement eu lieu) (Correspond à la colonne 1b)	API faible			<input type="checkbox"/> 16.80		681	
	API moyenne			<input type="checkbox"/> 42.00		682	
	API grave			<input type="checkbox"/> 67.20		683	
	SSI + 4 heures				<input type="checkbox"/> 33.60	680.4	
	SSI + 6 heures				<input type="checkbox"/> 58.80	680.6	
	SSI + 8 heures				<input type="checkbox"/> 84.00	680.8	
Séjour dans le home (si les parents prennent à leur charge les frais du séjour) (Correspond à la colonne 1c) **	API faible			<input type="checkbox"/> 16.80		674	
	API moyenne			<input type="checkbox"/> 42.00		675	
	API grave			<input type="checkbox"/> 67.20		676	
	SSI + 4 heures				<input type="checkbox"/> 33.60	690.4	
	SSI + 6 heures				<input type="checkbox"/> 58.80	690.6	
	SSI + 8 heures				<input type="checkbox"/> 84.00	690.8	

Personne assurée

Nom, prénom _____

Numéro AVS (756.xxxx.xxxx.xx) _____

Une nuit a été passée	Degré	Encadrement intensif	Date (du/au)	Nombre de nuits	Tarif API	Tarif SSI	Tarif 923 / chiffre tarifaire	Montant en CHF
Dans une institution de mise en œuvre de mesures de réadaptation (si une allocation pour impotent est octroyée dans le cas particulier). (Correspond à la colonne 1/4d)	API faible				<input type="checkbox"/> 4.20		671.4	

Total CHF _____

* Veuillez joindre l'attestation de l'hôpital

** Veuillez joindre la facture du home

Feuille de contrôle pour le droit à l'allocation pour impotent (évtl. supplément pour soins intensifs)

Veuillez cocher les jours correspondant au lieu de séjour de votre enfant conformément aux explications figurant à la fin du formulaire de facturation. C'est le lieu de séjour qui est déterminant (lieu d'entrée suivi d'une nuit). Veuillez joindre la feuille de contrôle au formulaire de facture.

Mois		Année				
		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"/>				

Mois		Année				
		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"/>				

Mois		Année				
		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"/>				

Légende au verso

Veuillez envoyer le présent formulaire à l'office AI compétent.

Visa de l'office AI:

1a: Habite à la maison :

Jours durant lesquels l'enfant passe la nuit à son domicile ou dans sa famille d'accueil.

1b: Séjours hospitaliers :

Séjours d'une durée inférieure à un mois civil complet ou avec une attestation de l'hôpital que la présence des parents était nécessaire et qu'elle était effectivement quotidienne (l'attestation doit être jointe).

-: Pas d'indemnisation :

Séjour stationnaire à l'hôpital/à la clinique de plus d'un mois civil complet, mesures de réadaptation en internat à la charge de l'AI, séjour dans un home et en école spécialisée (y compris séjour visant à décharger les proches aidants pas entièrement à la charge des parents).

1c: Séjour en institution/séjour de décharge :

Jours où l'enfant passe la nuit dans un home ou un séjour visant à décharger les proches aidants et pour lesquels les parents prennent en charge l'intégralité des frais. La facture du séjour doit être jointe.

1d: Cas particulier d'un séjour dans un établissement au sens de l'art. 42 al. 5 LAI :

Concerne les assurés mineurs placés dans une institution et bénéficiant d'une allocation pour impotent en raison de l'art. 37 al. 3d RAI, selon lequel des services importants doivent être fournis dans le domaine de l'entretien des relations sociales.