

# Facture relative à l'indemnité destinée à l'employeur

Date de la facture \_\_\_\_\_

**Personne assurée**

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Rue, N° \_\_\_\_\_

Numéro postal, lieu \_\_\_\_\_

**Émetteur de la facture**

Nom, prénom (s'il ne s'agit pas de la personne assurée) \_\_\_\_\_

Adresse courriel, n° de tél. (en cas de questions) \_\_\_\_\_

Rue, N° \_\_\_\_\_

Numéro postal, lieu \_\_\_\_\_

**Décompte**

NIF ou GLN (si disponible) \_\_\_\_\_

Numéro de communication / de décision \_\_\_\_\_

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x) \_\_\_\_\_

Nom, prénom du détenteur du compte (si ≠ émetteur de la facture) \_\_\_\_\_

Rue, N° du détenteur du compte \_\_\_\_\_

Numéro postal, lieu du détenteur du compte \_\_\_\_\_

**Le présent formulaire permet de facturer les indemnités suivantes :**

1. Indemnité relative à des frais d'encadrement considérables occasionnés à l'employeur pendant une mesure de réinsertion, une formation professionnelle initiale ou un reclassement
2. Indemnité relative à une augmentation de cotisation auprès de l'employeur survenue pendant un emploi régulier ou lors d'une location de personnel
3. Indemnité pour prise en charge par l'employeur des frais d'appareils de travail, de matériel de travail ou de vêtements de travail pendant un reclassement

**1. Indemnité relative à des frais d'encadrement considérables**

Indemnité accordée par l'AI pendant la mesure AI suivante qui a eu lieu au sein de l'entreprise:

- Contribution à des frais d'encadrement considérables occasionnés pendant une mesure d'intégration au sein de l'entreprise
- Indemnité pour frais d'encadrement considérables occasionnés pendant des prestations de conseil et d'accompagnement

Période de décompte (par mois)	Nombre de jours facturables	Chiffre tarifaire	Tarif en CHF	Total en CHF
		907.090.4		
		907.090.4		
		907.090.4		

**Total en CHF** \_\_\_\_\_

## 2. Indemnisation d'une augmentation de cotisation

Indemnité accordée par l'AI dans le cadre <input type="checkbox"/> d'un emploi régulier <input type="checkbox"/> d'une location de personnel		Type d'augmentation de cotisation <input type="checkbox"/> Prévoyance professionnelle, nom de l'institution de prévoyance: <input type="checkbox"/> Indemnité journalière en cas de maladie, nom de l'assurance:		
Forfait journalier	Nombre de jours facturables	Chiffre tarifaire	Tarif en CHF	Total en CHF
Entreprises jusqu'à 50 collaboratrices et collaborateurs		907.090.4	48.00	
Entreprise de plus de 50 collaboratrices et collaborateurs		907.090.4	34.00	

**Total en CHF** \_\_\_\_\_

## 3. Indemnité pour la prise en charge par l'employeur des frais d'équipement de travail pendant un reclassement

Date de la prestation fournie ou période de décompte	Désignation de la prestation décomptée	Chiffre tarifaire	Quantité d'unités d'indemnisation	Total en CHF
		907.091.1		
		907.091.1		
		907.091.1		

**Total in CHF** \_\_\_\_\_

### Remarques/indications complémentaires

---

---

---

---

---

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