

Rechnung für Assistenzbeitrag

Datum der Rechnung	1	Rechnungsnummer	2	Versichertennummer (AHV)	3	Verfügungsnummer	4
--------------------	---	-----------------	---	--------------------------	---	------------------	---

Versicherte(r): Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort	5	Adresse der IV-Stelle	6
NIF	7	IBAN Bank oder Post	8
Rechnungssteller(in): Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort	9	Inhaber Konto (falls nicht identisch mit Rechnungssteller)	10

Diese Rechnung gilt für die Abrechnungsperiode (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Jahr: _____

Rechnung bitte jeweils nach Ablauf der Abrechnungsperiode einreichen.

Januar	Mai	September
Februar	Juni	Oktober
März	Juli	November
April	August	Dezember

Erbrachte Leistungen	11	Anzahl Einheiten	12	Ansatz	13	Betrag in CHF	14	Tarifziffer
A	Assistenzleistungen mit Standardqualifikation	Stunden		CHF 32.50				665.01
B	Assistenzleistungen mit besonderer Qualifikation	Stunden		CHF 48.75				665.02
C	Nachtdienst	Nächte		CHF				665.03
D	<i>Lohnfortzahlungspflicht bei Verhinderung der Arbeitnehmenden (Art. 324a OR)</i>							665.05
E	<i>Lohnfortzahlungspflicht bei Verhinderung an der Arbeitsleistung (Art. 324 OR)</i>							665.06
F	<i>Vorschuss</i>							665.07
Total in CHF								15

Akute Phase	Ja	Nein	16
von _____ bis _____	Wenn ja, bitte Bestätigung eines Arztes/einer Ärztin beilegen		17
Hiermit bestätige ich, dass diese Angaben korrekt und wahrheitsgetreu sind			18
Datum _____	Unterschrift _____		

Visum der IV-Stelle (wird durch IV-Stelle ausgefüllt)	19	Allfällige Bemerkungen	20
		Telefon/E-Mail für Rückfragen:	

Beilagen:

Ärztliche Bestätigung Akute Phase
Arztzeugnis Assistent / Assistentin
Beiblatt 1 Lohnfortzahlungspflicht Art. 324a OR 21
Beiblatt 2 Lohnfortzahlungspflicht Art. 324 OR 22

Zur Beachtung

Wir bitten Sie, diese Rechnung **leserlich** (blau oder schwarz, nicht mit Bleistift) und vollständig (fett markierte Felder) auszufüllen. Die Verarbeitung wird dadurch vereinfacht und die Bezahlung beschleunigt.

Wenn Felder vorausgefüllt sind, bitten wir Sie unbedingt zu prüfen, ob die Angaben noch aktuell sind und sie allenfalls von Hand zu korrigieren.

Felder, die **zwingend** ausgefüllt werden müssen:

- 1 Datum, an welchem Sie die Rechnung ausstellen
- 3 13-stellige Versichertennummer (kann unserer Korrespondenz oder dem Versicherungsausweis AHV/IV entnommen werden).
- 4 Verrechnete Leistungen müssen mit einer gültigen Mitteilung/Verfügung im Zusammenhang stehen. Die Verfügungsnummer finden Sie auf der Mitteilung/Verfügung.
- 5 Name und Vorname.
- 6 Zuständige IV-Stelle.
- 7 Bei der ersten Rechnungsstellung kann die NIF-Nummer nicht ausgefüllt werden. Sie wird nach der ersten Bezahlung von der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) in Genf schriftlich mitgeteilt und muss dann auf jeder Folgerechnung zwingend aufgeführt werden.
- 8 Wenn eine NIF-Nummer vorhanden ist und sich die Kontoverbindung nicht geändert hat, muss dieses Feld nicht ausgefüllt werden. Bei der ersten Rechnungsstellung oder einer Änderung der Auszahlungsadresse sind wir jedoch zwingend auf die IBAN-Nummer angewiesen. Die IBAN-Nummer kann dem Kontoauszug entnommen werden.
- 9 Der Rechnungssteller muss mit der NIF-Nummer und der IBAN-Nummer übereinstimmen.
- 10 Wenn die NIF- und IBAN-Nummer nicht mit dem Rechnungssteller übereinstimmen, z. B. weil kein eigenes Konto vorhanden ist, muss das Feld 10 unbedingt ausgefüllt werden (Name, Vorname und Adresse).
- 11 Unter A/B/C dürfen nur Hilfeleistungen aufgeführt werden die von natürlichen, im Rahmen eines Arbeitsvertrages angestellten Assistenzpersonen erbracht werden, die weder mit der versicherten Person verheiratet sind, mit ihr in eingetragener Partnerschaft leben oder eine faktische Lebensgemeinschaft führen noch in gerader Linie mit ihr verwandt sind
- 12 Unter A/B müssen die effektiv erbrachten Stunden aufgeführt werden, unter C die Anzahl Nächte.
- 13 Frankenansätze gemäss aktuellem Tarif.
- 14 Für A-C: Spalte 12 mit Spalte 13 multiplizieren, für D-E: effektiv bezahlte Lohnfortzahlung angeben.
- 15 Beträge der Spalte 14 addieren.
- 16 Ist in der Abrechnungsperiode eine akute Phase eingetreten oder dauert die in der vorherigen Abrechnungsperiode eingetretene akute Phase weiter an?
- 17 Beginn (auch wenn das Datum in der vorangegangenen Abrechnungsperiode liegt) sowie Ende (letzter Tag der Abrechnungsperiode wenn die Phase noch andauert) der akuten Phase angeben.
- 18 Die Richtigkeit der Angaben mit Datum und Unterschrift bestätigen.
- 21 Bei Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmenden die mit einer Lohnfortzahlungspflicht gemäss Art. 324a OR verbunden ist: Grund sowie Dauer der Arbeitsunfähigkeit und darauffolgende Lohnfortzahlungspflicht für jeden Arbeitnehmenden angeben. Allfällige Rückerstattungen von anderen Versicherungen auch angeben. Arztzeugnis der Arbeitnehmenden beilegen.
- 22 Bei Lohnfortzahlungspflicht aufgrund Verhinderung an der Arbeitsleistung (Art. 324 OR): Grund sowie Dauer der Arbeitsverhinderung sowie Lohnfortzahlungsbetrag angeben.

Felder, die **fakultativ** ausgefüllt werden können:

- 2 Wenn vom Rechnungssteller benötigt.
- 20 Bemerkungen sind fakultativ, Kontaktdaten für allfällige Rückfragen jedoch sehr praktisch.

Beiblatt 1: Lohnfortzahlungspflicht aufgrund Verhinderung der Arbeitnehmenden (Art. 324a OR) ²¹

Lohnfortzahlung

von			bis
Name Assistent/-in	Lohnfortzahlung in CHF		
Grund für Arbeitsunfähigkeit? Krankheit? andere?	Unfall?		
Welcher?			
Rückerstattung anderer Versicherungen? Name und Adresse des Versicherers	ja	nein	
Rückerstattung in CHF	Wartefrist		

Lohnfortzahlung

von			bis
Name Assistent/-in	Lohnfortzahlung in CHF		
Grund für Arbeitsunfähigkeit? Krankheit? andere?	Unfall?		
Welcher?			
Rückerstattung anderer Versicherungen? Name und Adresse des Versicherers	ja	nein	
Rückerstattung in CHF	Wartefrist		

Lohnfortzahlung

von			bis
Name Assistent/-in	Lohnfortzahlung in CHF		
Grund für Arbeitsunfähigkeit? Krankheit? andere?	Unfall?		
Welcher?			
Rückerstattung anderer Versicherungen? Name und Adresse des Versicherers	ja	nein	
Rückerstattung in CHF	Wartefrist		

Beiblatt 2: Lohnfortzahlungspflicht aufgrund Verhinderung an der Arbeitsleistung (Art. 324 OR) ²²

Lohnfortzahlung

von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name Assistent/-in	Lohnfortzahlung in CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name Assistent/-in	Lohnfortzahlung in CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name Assistent/-in	Lohnfortzahlung in CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grund der Lohnfortzahlung? Spitalaufenthalt? andere?	Heimaufenthalt?
Welcher?	
<input type="text"/>	

Lohnfortzahlung

von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name Assistent/-in	Lohnfortzahlung in CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name Assistent/-in	Lohnfortzahlung in CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name Assistent/-in	Lohnfortzahlung in CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grund der Lohnfortzahlung? Spitalaufenthalt? andere?	Heimaufenthalt?
Welcher?	
<input type="text"/>	

Lohnfortzahlung

von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name Assistent/-in	Lohnfortzahlung in CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name Assistent/-in	Lohnfortzahlung in CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name Assistent/-in	Lohnfortzahlung in CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grund der Lohnfortzahlung? Spitalaufenthalt? andere?	Heimaufenthalt?
Welcher?	
<input type="text"/>	