

Einsatzrapport Assistenzleistungen (für Lohnabrechnung)

Versicherte Person (Arbeitgeber/in)

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

Assistenzperson (Arbeitnehmer/in)

Name	Vorname	AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)	Abrechnungsjahr	Abrechnungsmonat
------	---------	-------------------------------	-----------------	------------------

Eine Abrechnung der Nächte ist nur möglich, wenn diese
mittels Verfügung vorgängig zugesprochen wurden

Tag	Zeitspanne	Arbeitsleistung tagsüber Tätigkeit	Zeitaufwand (Minuten)	Uhrzeit	Arbeitsleistung während der Nacht Tätigkeit	Zeitaufwand (Minuten)
1.	08:00 – 09:00	Wecken, Aufrichten, Waschen, Anziehen	60	02:30	Umlagern, WC-Begleitung	5
	09:00 – 10:00	Frühstück zubereiten, Hilfe beim Essen	60	04:15	Umlagern, Platzierung der Beatmungs-Maske, Rachen ab- saugen	5
2.	10:00 – 10:30	Einkauf tätigen	30	01:30	Umlagern, Windeln wechseln	5
Total Minuten Tage			150	Total Minuten Nächte		15
Total Stunden und Minuten			02:30	Total Anzahl Nächte		2

Eine Abrechnung der Nächte ist nur möglich, wenn diese
mittels Verfügung vorgängig zugesprochen wurden

Tag	Zeitspanne	Arbeitsleistung tagsüber Tätigkeit	Zeitaufwand (Minuten)	Uhrzeit	Arbeitsleistung während der Nacht Tätigkeit	Zeitaufwand (Minuten)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

Tag	Zeitspanne	Arbeitsleistung tagsüber Tätigkeit	Zeitaufwand (Minuten)	Uhrzeit	Arbeitsleistung während der Nacht Tätigkeit	Zeitaufwand (Minuten)
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						

Tag	Zeitspanne	Arbeitsleistung tagsüber Tätigkeit	Zeitaufwand (Minuten)	Uhrzeit	Arbeitsleistung während der Nacht Tätigkeit	Zeitaufwand (Minuten)
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						

Tag	Zeitspanne	Arbeitsleistung tagsüber Tätigkeit	Zeitaufwand (Minuten)	Uhrzeit	Arbeitsleistung während der Nacht Tätigkeit	Zeitaufwand (Minuten)
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						
Total Minuten Tage				Total Minuten Nächte		
Total Stunden und Minuten				Total Anzahl Nächte		

Bestätigungen (bitte ankreuzen)

- Ich bestätige, dass alle Angaben vollständig, richtig und aktuell sind.
 Ich bestätige, dass ich diesen Einsatzrapport der Assistenzperson vorgelegt habe.

Dieses Formular wurde ausgefüllt von

Name

Vorname

► Bitte Einsatzrapport mit der Rechnung über das «Portal für IV-Rechnungen» unter www.svasg.ch/iv-rechnungen hochladen und elektronisch übermitteln.