

Rechnung für Assistenzbeitrag

Rechnungsdatum _____

Versicherte Person

Name, Vorname _____

Versichertennummer (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

NIF (wird nach erster Rechnungsstellung zugeteilt) _____

Mitteilungs- / Verfügungsnummer _____

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xx x) _____

Name, Vorname der Kontoinhaber (falls nicht Rechnungssteller) _____

Strasse, Hausnummer der Kontoinhaber _____

Postleitzahl, Ort der Kontoinhaber _____

Abrechnungsperiode	Jahr: _____	<input type="checkbox"/> Januar <input type="checkbox"/> Februar <input type="checkbox"/> März <input type="checkbox"/> April	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Juni <input type="checkbox"/> Juli <input type="checkbox"/> August	<input type="checkbox"/> September <input type="checkbox"/> Oktober <input type="checkbox"/> November <input type="checkbox"/> Dezember	Rechnung bitte jeweils nach Ablauf der Abrechnungsperiode einreichen	
Erbrachte Leistungen	Effektiv erbrachte Stunden	Anzahl Nächte	Ansatz in CHF	Betrag in CHF	Tarifziffer	
Assistenzleistung mit Standardqualifikation			32.90		665.01	
Assistenzleistung mit besonderer Qualifikation			49.40		665.02	
Nachtdienst					665.03	
Lohnfortzahlungspflicht bei Verhinderung der Arbeitnehmenden Bitte das Beiblatt 1 ausfüllen					665.05	
Lohnfortzahlungspflicht bei Verhinderung an der Arbeitsleistung Bitte das Beiblatt 2 ausfüllen					665.06	
Vorschuss					665.07	

Total in CHF _____

Ist in der Abrechnungsperiode eine akute Phase eingetreten oder dauert die in der vorherigen Abrechnungsperiode eingetretene akute Phase weiter an?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	von: _____ bis: _____ (Wenn ja, bitte Bestätigung des Arztes/der Ärztin beilegen)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

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

Visum der IV-Stelle:

Informationen zur Abrechnung

Was darf in Rechnung gestellt werden?

- Assistenzleistungen mit Standardqualifikation
- Assistenzleistungen mit besonderer Qualifikation
- Nachtdienst

Wer darf die Hilfe leisten?

Eine natürliche, im Rahmen eines Arbeitsvertrages, angestellte Assistenzperson

Wer darf die Hilfe nicht leisten?

- Ehepartner
- Eingetragene Partner
- Lebensgefährten
- Personen die in gerader Linie mit der versicherten Person verwandt sind

Bemerkungen/Ergänzungen

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

(Bitte das jeweilige Arztzeugnis beilegen)

Lohnfortzahlung

von _____ bis _____

Name Assistent/in _____ Lohnfortzahlung in CHF _____ Anzahl Stunden _____

Grund für Arbeitsunfähigkeit

- Krankheit Unfall
 andere

Welcher?

Rückerstattung anderer Versicherungen? ja nein

Name und Adresse des Versicherers

Rückerstattung in CHF _____ Wartefrist _____ Höhe Taggeld _____

Lohnfortzahlung

von _____ bis _____

Name Assistent/in _____ Lohnfortzahlung in CHF _____ Anzahl Stunden _____

Grund für Arbeitsunfähigkeit

- Krankheit Unfall
 andere

Welcher?

Rückerstattung anderer Versicherungen? ja nein

Name und Adresse des Versicherers

Rückerstattung in CHF _____ Wartefrist _____ Höhe Taggeld _____

Lohnfortzahlung

von _____ bis _____

Name Assistent/in _____ Lohnfortzahlung in CHF _____ Anzahl Stunden _____

Grund für Arbeitsunfähigkeit

- Krankheit Unfall
 andere

Welcher?

Rückerstattung anderer Versicherungen? ja nein

Name und Adresse des Versicherers

Rückerstattung in CHF _____ Wartefrist _____ Höhe Taggeld _____

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

Lohnfortzahlung

von _____ bis _____

Name Assistent/in	Lohnfortzahlung in CHF	Anzahl Stunden
_____	_____	_____

Name Assistent/in	Lohnfortzahlung in CHF	Anzahl Stunden
_____	_____	_____

Name Assistent/in	Lohnfortzahlung in CHF	Anzahl Stunden
_____	_____	_____

Grund der Lohnfortzahlung

Spitalaufenthalt Heimaufenthalt

andere

Welcher?

Lohnfortzahlung

von _____ bis _____

Name Assistent/in	Lohnfortzahlung in CHF	Anzahl Stunden
_____	_____	_____

Name Assistent/in	Lohnfortzahlung in CHF	Anzahl Stunden
_____	_____	_____

Name Assistent/in	Lohnfortzahlung in CHF	Anzahl Stunden
_____	_____	_____

Grund der Lohnfortzahlung

Spitalaufenthalt Heimaufenthalt

andere

Welcher?

Lohnfortzahlung

von _____ bis _____

Name Assistent/in	Lohnfortzahlung in CHF	Anzahl Stunden
_____	_____	_____

Name Assistent/in	Lohnfortzahlung in CHF	Anzahl Stunden
_____	_____	_____

Name Assistent/in	Lohnfortzahlung in CHF	Anzahl Stunden
_____	_____	_____

Grund der Lohnfortzahlung

Spitalaufenthalt Heimaufenthalt

andere

Welcher?
