

# Rechnung für Hilflosenentschädigung (HE) und Intensivpflegezuschlag (IPZ) bei Minderjährigen

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 / Februar /März <input type="checkbox"/> April / Mai /Juni		<input type="checkbox"/> Juli / August / September <input type="checkbox"/> Oktober / November / Dezember			
Nacht wurde verbracht	Grad	Intensive Betreuung	Datum (von/bis)	Anzahl Nächte	Ansatz HE	Ansatz IPZ	Tarif-ziffer	Betrag in CHF
zu Hause in der Familie oder in einer Pflegefamilie	Leicht	Ohne			<input type="checkbox"/> 15.70		671	
		+ 4 Stunden			<input type="checkbox"/> 15.70	<input type="checkbox"/> 31.30	691	
		+ 6 Stunden			<input type="checkbox"/> 15.70	<input type="checkbox"/> 54.80	692	
		+ 8 Stunden			<input type="checkbox"/> 15.70	<input type="checkbox"/> 78.30	693	
	Mittel	Ohne			<input type="checkbox"/> 39.20		672	
		+ 4 Stunden			<input type="checkbox"/> 39.20	<input type="checkbox"/> 31.30	694	
		+ 6 Stunden			<input type="checkbox"/> 39.20	<input type="checkbox"/> 54.80	695	
		+ 8 Stunden			<input type="checkbox"/> 39.20	<input type="checkbox"/> 78.30	696	
	Schwer	Ohne			<input type="checkbox"/> 62.70		673	
		+ 4 Stunden			<input type="checkbox"/> 62.70	<input type="checkbox"/> 31.30	697	
		+ 6 Stunden			<input type="checkbox"/> 62.70	<input type="checkbox"/> 54.80	698	
		+ 8 Stunden			<input type="checkbox"/> 62.70	<input type="checkbox"/> 78.30	699	
In einer Institution zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen der IV oder im Spital	Hilflosenentschädigung							
	Hilflosenentschädigung im Sonderfall				<input type="checkbox"/> 3.90		671.2	

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

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

Visum der IV-Stelle:

**Bemerkungen/Ergänzungen**

---

---

---

---

---

**Versicherte Person**

Name, Vorname

Versichertennummer (756.xxxx.xxxx.xx)

---

---

**Kontrollblatt für den Anspruch auf Hilflosenentschädigung (evt. Intensivpflegezuschlag)**

Bitte kreuzen Sie die Tage entsprechend dem Aufenthaltsort Ihres Kindes an. Massgebend ist jeweils der Übernachtungsort, d.h. es können diejenigen Tage als ganze Tage markiert werden, an denen das Kind zu Hause übernachtet (Austrittstag, Sonderschule/Internat, nicht jedoch Eintrittstag). Legen Sie das Kontrollblatt dem Rechnungsformular bei.

Monat	Jahr		
	1		-
1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Monat	Jahr		
	1		-
1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Monat	Jahr		
	1		-
1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**1: Hilflosenentschädigung und evt. Intensivpflegezuschlag**

Tage, an denen das Kind zu Hause übernachtet.

**-: Keine Entschädigung:**

Stationärer Spital-/Klinikaufenthalt, Eingliederungsmassnahmen zu Lasten IV, Heim- und Sonderschulaufenthalt (inkl. Entlastungsaufenthalt)