

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 (falls vorhanden)

Mitteilungs- / Verfügungsnummer

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx 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			34.30		665.01	
Assistenzleistung mit besonderer Qualifikation			51.50		665.02	
Nachtdienst Bitte machen Sie auf der folgenden Seite weitere Angaben, wenn nur ein Teil der Nächte in Rechnung gestellt wird					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 Arztzeugnis beilegen)		

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

Nächte wurden nicht in Rechnung gestellt, weil:

Anzahl Nächte

- ☐ Aufenthalt in Institution / Heim / Internat
- ☐ Spitalaufenthalt
- ☐ Erbracht von einer Spitex-Organisation
- ☐ Unentgeltlich erbracht von Angehörigen (Freunden, Verwandten)
- ☐ Lohnfortzahlungspflicht (siehe Anhang 2)
- ☐ Andere Gründe. Erklärung:

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	Anzahl Nächte	Anzahl Stunden
Grund für Arbeitsunfähigkeit		
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	
<input type="checkbox"/> andere		
Welcher?		
Rückerstattung anderer Versicherungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name und Adresse des Versicherers		
Rückerstattung in CHF	Wartefrist	Höhe Taggeld

Lohnfortzahlung

von	bis	
Name Assistent/in	Anzahl Nächte	Anzahl Stunden
Grund für Arbeitsunfähigkeit		
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	
<input type="checkbox"/> andere		
Welcher?		
Rückerstattung anderer Versicherungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name und Adresse des Versicherers		
Rückerstattung in CHF	Wartefrist	Höhe Taggeld

Lohnfortzahlung

von	bis	
Name Assistent/in	Anzahl Nächte	Anzahl Stunden
Grund für Arbeitsunfähigkeit		
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	
<input type="checkbox"/> andere		
Welcher?		
Rückerstattung anderer Versicherungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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	Anzahl Nächte	Anzahl Stunden
Name Assistent/in	Anzahl Nächte	Anzahl Stunden
Name Assistent/in	Anzahl Nächte	Anzahl Stunden
Grund der Lohnfortzahlung		
<input type="checkbox"/> Spitalaufenthalt	<input type="checkbox"/> Heimaufenthalt	
<input type="checkbox"/> andere		
Welcher?		

Lohnfortzahlung

von	bis	
Name Assistent/in	Anzahl Nächte	Anzahl Stunden
Name Assistent/in	Anzahl Nächte	Anzahl Stunden
Name Assistent/in	Anzahl Nächte	Anzahl Stunden
Grund der Lohnfortzahlung		
<input type="checkbox"/> Spitalaufenthalt	<input type="checkbox"/> Heimaufenthalt	
<input type="checkbox"/> andere		
Welcher?		

Lohnfortzahlung

von	bis	
Name Assistent/in	Anzahl Nächte	Anzahl Stunden
Name Assistent/in	Anzahl Nächte	Anzahl Stunden
Name Assistent/in	Anzahl Nächte	Anzahl Stunden
Grund der Lohnfortzahlung		
<input type="checkbox"/> Spitalaufenthalt	<input type="checkbox"/> Heimaufenthalt	
<input type="checkbox"/> andere		
Welcher?		