

# Rechnung für Assistenzbeitrag

Rechnungsdatum \_\_\_\_\_

**Versicherte Person**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

AHV-Nummer (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**

GLN (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	
<b>Erbrachte Leistungen</b>	<b>Effektiv erbrachte Stunden</b>	<b>Anzahl Nächte</b>	<b>Ansatz in CHF</b>	<b>Betrag in CHF</b>	<b>Tarifziffer</b>	
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	
Nachtdienst (reduzierte Pauschale, da geteilte Assistenzperson) Bitte machen Sie auf der folgenden Seite weitere Angaben	Anzahl Versicherten, die sich die Leistungen einer einzigen Assistenzperson teilen _____				665.031.1	
Nachtdienst (reduzierte Pauschale, da geteilte Assistenzperson) Bitte machen Sie auf der folgenden Seite weitere Angaben	Anzahl Versicherten, die sich die Leistungen einer einzigen Assistenzperson teilen _____				665.031.1	
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.

<b>Nächte wurden nicht in Rechnung gestellt, weil:</b>	Anzahl Nächte
<input type="checkbox"/> Aufenthalt in Institution / Heim / Internat	_____
<input type="checkbox"/> Spitalaufenthalt	_____
<input type="checkbox"/> Erbracht von einer Spitex-Organisation	_____
<input type="checkbox"/> Unentgeltlich erbracht von Angehörigen (Freunden, Verwandten)	_____
<input type="checkbox"/> Von einem anderen Bezüger <b>eines Assistenzbeitrags</b> in Rechnung gestellt. (geteilte Assistenzperson)	_____
	_____
	_____
<input type="checkbox"/> Lohnfortzahlungspflicht (siehe Anhang 2)	_____
<input type="checkbox"/> Andere Gründe. Erklärung: _____	_____
	_____

**Informationen zur Abrechnung**

**Teilen Sie sich die Leistungen der gleichen Assistenzperson mit einem oder mehreren anderen Bezüger eines Assistenzbeitrags?**

Während des Tages     Ja     Nein

Während der Nacht     Ja     Nein

Name und Vorname anderer Bezüger eines Assistenzbeitrags, die sich die Leistungen der gleichen Assistenzperson teilen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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)

Falls die Lohnfortzahlungspflicht mehrere Assistenzpersonen betrifft, ist dieses Beiblatt für jede Assistenzperson auszufüllen.

Name Assistenzperson

---

## Lohnfortzahlung

von

bis

---

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

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

---

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

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

---

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

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) <sup>22</sup>**

**Lohnfortzahlung**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name Assistentperson \_\_\_\_\_

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

Name Assistentperson \_\_\_\_\_

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

Name Assistentperson \_\_\_\_\_

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

Grund der Lohnfortzahlung

Spitalaufenthalt  Heimaufenthalt

andere

Welcher?

\_\_\_\_\_

**Lohnfortzahlung**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name Assistentperson \_\_\_\_\_

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

Name Assistentperson \_\_\_\_\_

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

Name Assistentperson \_\_\_\_\_

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

Grund der Lohnfortzahlung

Spitalaufenthalt

Heimaufenthalt

andere

Welcher?

---

**Lohnfortzahlung**

von

bis

---

Name Assistenzperson

---

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

Name Assistenzperson

---

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

Name Assistenzperson

---

Anzahl Stunden	Anzahl Nächte für eine einzelne versicherte Person	Anzahl Nächte für mehrere Versicherte gleichzeitig	Anzahl Versicherten, die in der Nacht gleichzeitig betreut sind

Grund der Lohnfortzahlung

Spitalaufenthalt

Heimaufenthalt

andere

Welcher?

---