supprimer la saisie

Vous pouvez remplir ce formulaire avec l'ordinateur: Pour ceci, veuillez sauvegarder le formulaire vierge sur votre ordinateur et ouvrez-le ici. Vous aurez besoin de la dernière version d'Adobe Reader (téléchargement gratuit: http://get.adobe.com/reader).

Assurance-invalidité

Facture pour l'allocation pour impotent (API) et supplément pour soins intenses (SSI) pour mineurs

Date de la facture

Assuré

Nom, Prénom

Numéro d'assuré (756.xxxx.xxxx.xx)

Adresse

Numéro postal, lieu

Émeteur de la facture

Nom, Prénom (si non assuré)

E-Mail, Numéro de téléphone (en cas de demandes de précisions)

Adresse

Numéro postal, lieu

Décompte

NIF (si disponible)

Numéro de la communication / décision

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x)

Nom, Prénom du Titulaire de Compte (si non émetteur de la facture)

Adresse du Titulaire de Compte

Numéro postal, lieu du Titulaire de Compte

Période de facturation Année:		☐ janvier / février / mars ☐ avril / mai / juin		☐ juillet / août / septembre ☐ octobre / novembre / décembre			
La nuit était passée	**Degré API / SSI**	**Dates (de/à)**	**Nombre de nuits**	**Montant API**	**Montant SSI**	**Tarif 923 / Code tarifaire**	**Montant en CH**
à la maison dans sa famille ou dans une famille d'accueil	API faible			☐ 15.95		671	
	API moyenne			☐ 39.85		672	
	API grave			☐ 63.75		673	
	SSI +4 heures				☐ 31.85	670.4	
	SSI +6 heures				☐ 55.75	670.6	
	SSI + 8 heures				☐ 79.65	670.8	
à l'hôpital (séjours inférieurs au mois civil ou avec attestation que la présence des parents était nécessaire et effective) *	API faible			☐ 15.95		681	
	API moyenne			☐ 39.85		682	
	API grave			☐ 63.75		683	
	SSI +4 heures				☐ 31.85	680.4	
	SSI +6 heures				☐ 55.75	680.6	
	SSI + 8 heures				☐ 79.65	680.8	
dans une institution si les parents doivent assumer les coûts du séjour **	API faible			☐ 4.00		674	
	API moyenne			☐ 9.95		675	
	API grave			☐ 15.95		676	
	SSI +4 heures				☐ 31.85	690.4	
	SSI +6 heures				☐ 55.75	690.6	
	SSI + 8 heures				☐ 79.65	690.8	

Personne assurée

Nom, prénom

Numéro d'assuré (756.xxxx.xxxx.xx)

La nuit était passée	Degré API / SSI	Dates (de/à)	Nombre de nuits	Taux API	Taux SSI	Tarif 923 / Code tarifiaire	Montant en CH
Dans un établissement pour l'exécution de mésures de réadaptation de l'AI ou dans un hôpital	API faible			☐ 4.00		671.4	

Total en CHF

* joindre attestation de l'hôpital
** joindre facture de l'institution

Veuillez envoyer ce formulaire à l'office AI compétent.

Visa de l'office AI:

Personne assurée

Nom, prénom

Numéro d'assuré (756.xxxx.xxxx.xx)

Feuille de contrôle pour le droit à l'allocation d'impotence (éventuellement supplément pour soins intensifs)

Veuillez marquer les jours en fonction du lieu de séjour de votre enfant. Le lieu d'hébergement est déterminant, c'est-à-dire que les journées peuvent être marquées comme journées complètes si l'enfant y passe la nuit (sortie du jour, école spéciale / pensionnat, mais pas le jour de l'admission). Joignez la feuille de contrôle au formulaire de facture.

Mois	Année				
	1a	**1b**	**-**	**1/4 a**	**1/4 b**
1	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐	☐	☐
13	☐	☐	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐	☐	☐
16	☐	☐	☐	☐	☐
17	☐	☐	☐	☐	☐
18	☐	☐	☐	☐	☐
19	☐	☐	☐	☐	☐
20	☐	☐	☐	☐	☐
21	☐	☐	☐	☐	☐
22	☐	☐	☐	☐	☐
23	☐	☐	☐	☐	☐
24	☐	☐	☐	☐	☐
25	☐	☐	☐	☐	☐
26	☐	☐	☐	☐	☐
27	☐	☐	☐	☐	☐
28	☐	☐	☐	☐	☐
29	☐	☐	☐	☐	☐
30	☐	☐	☐	☐	☐
31	☐	☐	☐	☐	☐

Mois	Année				
	1a	**1b**	**-**	**1/4 a**	**1/4 b**
1	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐	☐	☐
13	☐	☐	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐	☐	☐
16	☐	☐	☐	☐	☐
17	☐	☐	☐	☐	☐
18	☐	☐	☐	☐	☐
19	☐	☐	☐	☐	☐
20	☐	☐	☐	☐	☐
21	☐	☐	☐	☐	☐
22	☐	☐	☐	☐	☐
23	☐	☐	☐	☐	☐
24	☐	☐	☐	☐	☐
25	☐	☐	☐	☐	☐
26	☐	☐	☐	☐	☐
27	☐	☐	☐	☐	☐
28	☐	☐	☐	☐	☐
29	☐	☐	☐	☐	☐
30	☐	☐	☐	☐	☐
31	☐	☐	☐	☐	☐

Mois	Année				
	1a	**1b**	**-**	**1/4 a**	**1/4 b**
1	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐	☐	☐
13	☐	☐	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐	☐	☐
16	☐	☐	☐	☐	☐
17	☐	☐	☐	☐	☐
18	☐	☐	☐	☐	☐
19	☐	☐	☐	☐	☐
20	☐	☐	☐	☐	☐
21	☐	☐	☐	☐	☐
22	☐	☐	☐	☐	☐
23	☐	☐	☐	☐	☐
24	☐	☐	☐	☐	☐
25	☐	☐	☐	☐	☐
26	☐	☐	☐	☐	☐
27	☐	☐	☐	☐	☐
28	☐	☐	☐	☐	☐
29	☐	☐	☐	☐	☐
30	☐	☐	☐	☐	☐
31	☐	☐	☐	☐	☐

Légende au verso

1a: Allocation pour impotence et évt. supplément pour soins intenses

Jours où l'enfant passe la nuit à la maison ou dans la famille d'accueil.

1b: Allocation pour impotent et évt. supplément pour soins intenses

Jours où l'enfant passe la nuit à l'hôpital mais le droit à l'allocation pour impotent et à l'éventuel supplément pour soins intenses est conservé (séjour inférieur à un mois civil ou attestation de l'hôpital que la présence des parents est nécessaire et effective). Joindre l'attestation.

-: Aucune indemnisation

Hospitalisation/séjour en clinique, mesures de réadaptation aux frais de l'AI, séjour à domicile et séjour scolaire spécial (y compris les séjours de relève).

¼a: Cas particulier d'un séjour dans un établissement au sens de l'art. 42 al. 5 LAI:

Concerne des mineurs avec une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, qui ne peuvent entretenir des relations sociales avec leur entourage que grâce à d'importants services fournis de façon régulière par des tiers.

¼b: Allocation pour impotence et évt. supplément pour soins intenses

Jours en institution (séjour de relève), pour lesquels les parents assument les coûts du séjour. Joindre l'attestation