

# Facture pour la contribution d'assistance

Date de la facture \_\_\_\_\_

**Assuré**

Nom, Prénom \_\_\_\_\_

Numéro d'assuré (756.xxxx.xxxx.xx) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro postal, lieu \_\_\_\_\_

**Émetteur 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 xx 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 comptable	année: _____	<input type="checkbox"/> janvier <input type="checkbox"/> février <input type="checkbox"/> mars <input type="checkbox"/> avril	<input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> juin <input type="checkbox"/> juillet <input type="checkbox"/> août	<input type="checkbox"/> septembre <input type="checkbox"/> octobre <input type="checkbox"/> novembre <input type="checkbox"/> décembre	Présenter la facture à la fin de la période comptable	
<b>Prestations dispensées</b>	<b>Heures effectivement fournies</b>	<b>Nombre de nuits</b>	<b>Taux en CHF</b>	<b>Montant en CHF</b>	<b>Code tarifaire</b>	
Prestations d'assistance avec qualification standard			33.50		665.01	
Prestations d'assistance avec qualification particulière			50.20		665.02	
Prestations de nuit Prière de fournir plus de détails à la page suivante lorsque seule une partie des nuits est facturée					665.03	
Obligation de payer le salaire en cas d'empêchement du travailleur Prière de remplir la feuille annexe 1					665.05	
Obligation de payer le salaire en cas de demeure de l'employeur Prière de remplir la feuille annexe 2					665.06	
Avance					665.07	

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

Dans la période comptable, une phase aiguë a eu lieu ou la phase aiguë entrée dans la période comptable précédente continue-t-elle ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	du: _____	au: _____
(Si oui, prière de joindre un certificat médical)			

Veuillez envoyer ce formulaire à l'office AI compétent.

**Nuits non facturées car:**

Nombre de nuits

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Séjour en institution/ home / internat                                       | _____ |
| <input type="checkbox"/> Séjour à l'hôpital   | _____ |
| <input type="checkbox"/> Prestation fournie par une organisation de soins à domicile                  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Prestation fournie gratuitement par de proches (amis, membres de la famille) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Obligation de poursuivre le versement du salaire (v. annexe 2)               | _____ |
| <input type="checkbox"/> Autres raisons. Explication: _____   | _____ |

**Informations concernant le décompte**

**Qu'est-ce qui peut être facturé**

- Prestations d'assistance avec qualification standard
- Prestations d'assistance avec qualification particulière
- Prestations de nuit

**Qui peut fournir de l'aide?**

Une personne physique (assistant) sur la base d'un contrat de travail

**Qui ne peut pas fournir de l'aide?**

- Époux
- Partenariat civile enregistré
- Compagnon de vie
- Parents en ligne directe de l'assuré

**Remarques/Compléments**

---

---

---

---

---

---

## Feuille annexe 1: Obligation de payer le salaire en cas d'empêchement du travailleur (art. 324a CO)

(Prière de joindre le certificat médical)

### Poursuite du versement du salaire

du		au	
Nom de l'assistant-e		Nombre de nuits	Nombre d'heures
Motif de l'incapacité de travail			
<input type="checkbox"/> maladie		<input type="checkbox"/> accident	
<input type="checkbox"/> autre			
Lequel?			
Remboursement d'autres assurances?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non
Nom et adresse de l'assurance			
Remboursement en CHF	Délai d'attente		Montant de l'indemnité journalière

### Poursuite du versement du salaire

du		au	
Nom de l'assistant-e		Nombre de nuits	Nombre d'heures
Motif de l'incapacité de travail			
<input type="checkbox"/> maladie		<input type="checkbox"/> accident	
<input type="checkbox"/> autre			
Lequel?			
Remboursement d'autres assurances?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non
Nom et adresse de l'assurance			
Remboursement en CHF	Délai d'attente		Montant de l'indemnité journalière

### Poursuite du versement du salaire

du		au	
Nom de l'assistant-e		Nombre de nuits	Nombre d'heures
Motif de l'incapacité de travail			
<input type="checkbox"/> maladie		<input type="checkbox"/> accident	
<input type="checkbox"/> autre			
Lequel?			
Remboursement d'autres assurances?	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non
Nom et adresse de l'assurance			
Remboursement en CHF	Délai d'attente		Montant de l'indemnité journalière

**Feuille annexe 2: Obligation de payer le salaire en cas de demeure de l'employeur (art. 324 CO) 22**

**Poursuite du versement du salaire**

du	au	
Nom de l'assistant-e	Nombre de nuits	Nombre d'heures
Nom de l'assistant-e	Nombre de nuits	Nombre d'heures
Nom de l'assistant-e	Nombre de nuits	Nombre d'heures
Motif de la poursuite du versement du salaire		
<input type="checkbox"/> séjour à l'hôpital	<input type="checkbox"/> séjour dans un home	
<input type="checkbox"/> autre		
Lequel?		

**Poursuite du versement du salaire**

du	au	
Nom de l'assistant-e	Nombre de nuits	Nombre d'heures
Nom de l'assistant-e	Nombre de nuits	Nombre d'heures
Nom de l'assistant-e	Nombre de nuits	Nombre d'heures
Motif de la poursuite du versement du salaire		
<input type="checkbox"/> séjour à l'hôpital	<input type="checkbox"/> séjour dans un home	
<input type="checkbox"/> autre		
Lequel?		

**Poursuite du versement du salaire**

du	au	
Nom de l'assistant-e	Nombre de nuits	Nombre d'heures
Nom de l'assistant-e	Nombre de nuits	Nombre d'heures
Nom de l'assistant-e	Nombre de nuits	Nombre d'heures
Motif de la poursuite du versement du salaire		
<input type="checkbox"/> séjour à l'hôpital	<input type="checkbox"/> séjour dans un home	
<input type="checkbox"/> autre		
Lequel?		