


Instruction

Formulaire de facturation de la contribution d'assistance

Le formulaire est disponible sur notre site Internet www.ivbe.ch ou directement via ce [lien](#). **Important:** toutes les rubriques doivent être complétées.

<p>Assurance-invalidité</p> <p>Facture pour la contribution d'assistance</p> <p>Date de la facture</p> <p>Assuré Nom, Prénom</p> <p>Numéro AVS (756.xxxx.xxxx.xx)</p> <p>Adresse</p> <p>Numéro postal, lieu</p> <p>Émetteur de la facture Nom, Prénom (si non assuré)</p> <p>E-Mail, Numéro de téléphone (en cas de demandes de précisions)</p> <p>Adresse</p> <p>Numéro postal, lieu</p> <p>Décompte GLN (si disponible)</p> <p>Numéro de la communication / décision</p> <p>IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xx x)</p> <p>Nom, Prénom du Titulaire de Compte (si non émetteur de la facture)</p> <p>Adresse du Titulaire de Compte</p> <p>Numéro postal, lieu du Titulaire de Compte</p>	 <p>Personne assurée = Qui est déclaré/assuré auprès de l'AI?</p> <p>Numéro AVS = numéro d'assuré. Celui-ci figure en haut à droite de notre courrier. Alternativement, le numéro est également indiqué sur la carte de la caisse-maladie.</p> <p>Émetteur de la facture = qui établit la facture? (pas celui qui complète le formulaire) En règle générale, c'est la personne assurée elle-même. Dans le cas d'enfants, ce sont les parents.</p> <p>Décompte = qui reçoit l'argent?</p> <p>GLN = le GLN (Global Location Number) est une clé d'identification mondiale explicite, pour identifier clairement les sites et les adresses des entreprises. Les particuliers n'ont pas de numéro GLN et laissent ce champ vide.</p> <p>Numéro de décision/communication = numéro de la décision/communication de la garantie de prise en charge des frais (p. ex. contribution d'assistance). Celui-ci figure en haut à droite de la communication/décision. Il commence par 302...</p> <p>IBAN = prière d'indiquer le numéro IBAN complet (21 caractères) et non le numéro de compte</p> <p>Nom et adresse = à quel nom le compte est-il libellé?</p>
---	--

Période comptable		année: <input type="text"/>	<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
1						
Prestations dispensées	Heures effectivement fournies	Nombre de nuits	Taux en CHF	Montant en CHF	Code tarifaire	
Prestations d'assistance avec qualification standard	<input type="text"/> 2		34.30		665.01	
Prestations d'assistance avec qualification particulière	<input type="text"/> 3		51.50		665.02	
Prestations de nuit Prière de fournir plus de détails à la page suivante lorsque seule une partie des nuits est facturée		<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 4.1		665.03	
Prestations de nuit (forfait réduit car assistant partagé) Prière de fournir plus de détails à la page suivante 5	Nombre d'assurés qui partagent les services d'un même assistant <input type="text"/> 5.1	<input type="text"/> 5.2	<input type="text"/> 5.3		665.031.1	
Prestations de nuit (forfait réduit car assistant partagé) Prière de fournir plus de détails à la page suivante	Nombre d'assurés qui partagent les services d'un même assistant <input type="text"/> 5.1	<input type="text"/> 5.2	<input type="text"/> 5.3		665.031.1	
Obligation de payer le salaire en cas d'empêchement du travailleur Prière de remplir la feuille annexe 1				<input type="text"/> 6	665.05	
Obligation de payer le salaire en cas de demeure de l'employeur Prière de remplir la feuille annexe 2				<input type="text"/> 7	665.06	
Avance				<input type="text"/> 8	665.07	
Total en CHF				<input type="text"/>		

- Indication de l'année et du mois. Plusieurs mois peuvent être décomptés ensemble.
 - Nombre d'heures effectivement fournies (par tous les assistants réunis)
 - Nombre d'heures effectivement fournies avec une qualification particulière (explicitement décidées)
 - Forfaits de nuit effectivement fournis (par tous les assistants réunis)
 - Taux du forfait de nuit (montant inscrit dans la décision)
 - Nuits **durant lesquelles** un assistant a pris en charge plusieurs assurés.
 - Nombre d'assurés
 - Nombre de nuits
 - Taux réduit par nuit
- N'oubliez pas sur la page suivante de fournir les informations sur les prestations partagées.**
- Somme en CHF du maintien du paiement du salaire visé à l'art. 324a CO (l'assistant est malade)
 - Somme en CHF du maintien du paiement du salaire visé à l'art. 324a CO (le travail ne peut pas être accompli)
 - Avance
L'avance est versée sur demande à hauteur des contrats de travail remis, mais au plus à hauteur de la contribution d'assistance mensuelle.
- Veillez calculer et noter tous les montants et le total.**

Dans la période comptable, une phase aiguë a eu lieu ou la phase aiguë entrée dans la période comptable précédente continue-t-elle ?

non
 oui

du: [] au: []

(Si oui, prière de joindre un certificat médical)

Veuillez envoyer ce formulaire à l'office AI compétent.

Nuits non facturées car :

Séjour en institution/ home / internat

Nombre de nuits

Séjour à l'hôpital

Prestation fournie par une organisation de soins à domicile

Prestation fournie gratuitement par de proches (amis, membres de la famille)

Facturées par un autre bénéficiaire d'une contribution d'assistance (assistant partagé)

Obligation de poursuivre le versement du salaire (v. annexe 2)

Autres raisons. Explication: []

Informations concernant le décompte

Est-ce que vous partagez les services du même assistant avec un ou plusieurs autres bénéficiaires d'une contribution d'assistance ?

Pendant la journée Oui Non

Pendant la nuit Oui Non

Nom et prénom des autres bénéficiaires d'une contribution d'assistance qui partagent les services d'un même assistant

[]
[]

Une phase aiguë est explicitement décidée. Un besoin d'assistance accru suite à une maladie ou à un accident ne justifie pas de phase aiguë.

Lorsque des forfaits de nuit sont décidés, les nuits non fournies doivent être déclarées. Nous avons besoin de ces informations pour que nous puissions traiter correctement une conversion éventuelle des nuits en heure. Veuillez déclarer chaque mois autant de nuit que le mois civil en compte.

Les nuits résultant du maintien du paiement du salaire visé à l'art. 324a CO (l'assistant est malade) n'ont pas besoin d'être indiquées.

Information en cas de partage de la prestation avec un ou plusieurs bénéficiaires de la contribution d'assistance (cf. le point 5 au recto)

Veuillez préciser le nom et le prénom de l'autre / des autres bénéficiaire(s) de la contribution d'assistance.

<p>Qu'est-ce qui peut être facturé</p> <ul style="list-style-type: none">- Prestations d'assistance avec qualification standard- Prestations d'assistance avec qualification particulière- Prestations de nuit <p>Qui peut fournir de l'aide? Une personne physique (assistant) sur la base d'un contrat de travail</p> <p>Qui ne peut pas fournir de l'aide?</p> <ul style="list-style-type: none">- Époux- Partenariat civile enregistré- Compagnon de vie- Parents en ligne directe de l'assuré <p>Remarques/Compléments</p> <div style="background-color: #e6e6ff; border: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: #e6e6ff; border: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: #e6e6ff; border: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: #e6e6ff; border: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: #e6e6ff; border: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: #e6e6ff; border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<p>Informations complémentaires</p>
--	-------------------------------------

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

(Prière de joindre le certificat médical)

Si l'obligation de payer le salaire concerne plusieurs assistants, cette annexe doit être remplie pour chaque assistant.

Nom de l'assistant-e

Poursuite du versement du salaire

du au

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Motif de l'incapacité de travail

- maladie accident
 autre

Lequel?

Remboursement d'autres assurances? oui non

Nom et adresse de l'assurance

Remboursement en CHF Délai d'attente Montant de l'indemnité journalière

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Maintien du paiement du salaire visé à l'art. 324a CO (l'assistant est malade). Un maintien du salaire séparé doit être complété pour chaque assistant.

Nom de l'assistant

L'incapacité de travail a duré de quand à quand? (Indiquer la durée totale, même si une intervention n'était pas planifiée tous les jours)

Nombre d'heures prévues, de nuits prévues et nombre de personnes assurées à prendre en charge

Motif de l'incapacité de travail

En cas d'assurance indemnités journalières (IJM et IJA) existante, l'AI ne prend en charge que 80% des forfaits

Important: un certificat médical doit être joint à partir du 4^e jour de maladie.

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

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom de l'assistant-e

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom de l'assistant-e

N ^{bre} d'heures	N ^{bre} de nuits pour un seul assuré	N ^{bre} de nuits pour plusieurs assurés en même temps	N ^{bre} d'assurés pris en charge de nuit en même temps
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Motif de la poursuite du versement du salaire

- séjour à l'hôpital séjour dans un home
 autre

Lequel?

Maintien du paiement du salaire visé à l'art. 324a CO (le travail ne peut pas être accompli)

La durée de quand à quand doit être indiquée.

Quelle personne employée est-elle concernée?

Nombre d'heures prévues, de nuits prévues et nombre de personnes assurées à prendre en charge

Indications au cas où d'autres personnes employées seraient concernées?

Raison pour laquelle le travail n'a pas pu être accompli. Les forfaits sont payés jusqu'à 100% et sont à la charge du budget.

Important: à partir d'une durée de 4 jours et plus, un certificat médical doit nous être remis en cas de maladie ou une attestation de séjour correspondante en cas d'hospitalisation.