

Monatsblatt Assistenzbeitrag



Name versicherte Person: Vers.-Nr.:

Name der Assistenzperson: Monat/Jahr:

Datum	Stunden	Nächte	Bemerkungen
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			

Datum und Unterschrift versicherte Person

Datum und Unterschrift Assistenzperson

.....

.....

Bitte ausfüllen und an untenstehende Adresse oder per E-Mail assistenz@ivbe.ch senden.