


# Anleitung Rechnungsformular Assistenzbeitrag

Das Formular findet man auf unserer Internetseite [www.ivbe.ch](http://www.ivbe.ch) bez. direkt unter diesem [Link](#). **Wichtig:** Es sind alle Angaben auszufüllen.

<p>Invalidenversicherung</p> <p style="text-align: right;"></p> <h2 style="text-align: center;">Rechnung für Assistenzbeitrag</h2> <p>Rechnungsdatum <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><b>Versicherte Person</b></p> <p>Name, Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Strasse, Hausnummer <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Postleitzahl, Ort <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><b>Rechnungssteller</b></p> <p>Name, Vorname (falls nicht versicherte Person) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>E-Mail, Telefon (bei Rückfragen) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Strasse, Hausnummer <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Postleitzahl, Ort <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><b>Abrechnung</b></p> <p>GLN (falls vorhanden) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Mitteilungs- / Verfügungsnummer <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Name, Vorname der Kontoinhaber (falls nicht Rechnungssteller) <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Strasse, Hausnummer der Kontoinhaber <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Postleitzahl, Ort der Kontoinhaber <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p><b><u>Versicherte Person</u></b> = Wer ist bei der IV gemeldet/versichert?</p> <p><b><u>AHV-Nummer</u></b> = Versichertennummer. Diese finden Sie auf unseren Schreiben oben rechts. Alternativ ist die Nummer auch auf der Krankenkassenkarte aufgeführt.</p> <p><b><u>Rechnungssteller</u></b> = Wer stellt Rechnung? (nicht wer füllt das Formular aus). In der Regel ist dies die versicherte Person selber. Bei Kindern sind es sie Eltern.</p> <p><b><u>Abrechnung</u></b> = Wer bekommt das Geld?</p> <p><b><u>GLN</u></b> = Die GLN (Global Location Number) ist ein weltweit eindeutiger Identifikationsschlüssel, um Standorte und Firmenadressen eindeutig zu identifizieren. Privatpersonen haben keine GLN Nummer und lassen das Feld leer.</p> <p><b><u>Mitteilungs-/Verfügungsnummer</u></b> = Nummer der Mitteilung/Verfügung der Kostengutsprache (z.B. Assistenzbeitrag). Diese ist oben rechts auf der Mitteilung/Verfügung zu finden. Beginnend mit 302...</p> <p><b><u>IBAN</u></b> = Bitte die Vollständige IBAN (21-stellig) angeben und nicht nur die Kontonummer</p> <p><b><u>Name und Adresse</u></b> = Auf wen lautet das Konto?</p>
---	--

<b>1</b> Abrechnungsperiode    Jahr: <input type="text"/>		<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	
Erbrachte Leistungen	Effektiv erbrachte Stunden	Anzahl Nächte	Ansatz in CHF	Betrag in CHF	Tarifziffer	
Assistenzleistung mit Standardqualifikation	<b>2</b>		34.30		665.01	
Assistenzleistung mit besonderer Qualifikation	<b>3</b>		51.50		665.02	
Nachtdienst Bitte machen Sie auf der folgenden Seite weitere Angaben, wenn nur ein Teil der Nächte in Rechnung gestellt wird		<b>4</b>	<b>4.1</b>		665.03	
Nachtdienst (reduzierte Pauschale, da geteilte Assistenzperson) Bitte machen Sie auf der folgenden Seite weitere Angaben	<b>5.1</b>	<b>5.2</b>	<b>5.3</b>		665.031.1	
Nachtdienst (reduzierte Pauschale, da geteilte Assistenzperson) Bitte machen Sie auf der folgenden Seite weitere Angaben	<b>5.1</b>	<b>5.2</b>	<b>5.3</b>		665.031.1	
Lohnfortzahlungspflicht bei Verhinderung der Arbeitnehmenden Bitte das Beiblatt 1 ausfüllen				<b>6</b>	665.05	
Lohnfortzahlungspflicht bei Verhinderung an der Arbeitsleistung Bitte das Beiblatt 2 ausfüllen				<b>7</b>	665.06	
Vorschuss				<b>8</b>	665.07	
<b>Total in CHF</b>						

1. Angabe des Jahres und des Monats. Es können mehrere Monate miteinander abgerechnet werden.
  2. Anzahl effektiv erbrachter Stunden (aller Assistenzpersonen zusammen)
  3. Anzahl effektiv erbrachter Stunden mit besonderer Qualifikation (sind explizit verfügt)
  4. Effektiv erbrachte Nachtpauschalen (aller Assistenzpersonen zusammen)
    - 4.1. Ansatz Nachtpauschale (Höhe steht in Verfügung)
  5. Nächte **bei denen** eine Assistenzperson mehrere Versicherte betreut hat.
    - 5.1. Anzahl Versicherte
    - 5.2. Anzahl Nächte
    - 5.3. Reduzierter Ansatz pro Nacht
- Vergessen Sie nicht auf der Folgeseite die Angaben zu den geteilten Leistungen zu machen.**
6. Summe in CHF der Lohnfortzahlung nach Art. 324a OR (Assistenzperson ist krank)
  7. Summe in CHF der Lohnfortzahlung nach Art. 324 OR (Arbeit kann nicht erbracht werden)
  8. Vorschuss  
Der Vorschuss wird auf Anfrage in der Höhe der eingereichten Arbeitsverträge, maximal jedoch in Höhe des monatlichen Assistenzbeitrags ausbezahlt.
- Bitte alle Beträge und das Total ausrechnen und aufschreiben**

Ist in der Abrechnungsperiode eine akute Phase eingetreten oder dauert die in der vorherigen Abrechnungsperiode eingetretene akute Phase weiter an?

Nein  
 Ja von: [ ] bis: [ ]  
(Wenn ja, bitte Arztzeugnis beilegen)

Bitte senden Sie dieses Formular an die zuständige IV-Stelle.

**Nächte wurden nicht in Rechnung gestellt, weil:**

	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 eines Assistenzbeitrags 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:

[ ]  
[ ]

Eine akute Phase ist explizit verfügt. Ein erhöhter Hilfsbedarf infolge Krankheit oder Unfall begründet keine akute Phase.

Sind Nachtpauschalen verfügt, so sind die nicht erbrachten Nächte zu deklarieren. Diese Angaben benötigen wir, damit wir eine allfällige Umwandlung der Nächte in Stunden korrekt bearbeiten können.  
Bitte deklarieren Sie jeden Monat so viele Nächte, wie der Kalendermonat Nächte hat.

Nächte aus Lohnfortzahlungen nach Art. 324a (Assistenzperson ist krank) müssen nicht aufgeführt werden.

Angabe bei Teilung der Leistung mit einem oder mehreren Bezüger des Assistenzbeitrages (siehe Vorderseite Punkt 5)

Bitte geben Sie den Namen und Vornamen des/der anderen Bezüger des Assistenzbeitrages an.

**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**


**Ergänzende Hinweise**

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

Grund für Arbeitsunfähigkeit

Krankheit

Unfall

andere

Welcher?

Rückerstattung anderer Versicherungen?

ja

nein

Name und Adresse des Versicherers

Rückerstattung in CHF

Wartefrist

Höhe Taggeld

Lohnfortzahlung nach Art. 324a OR (Assistenzperson ist krank). Für Jede Assistenzperson ist eine separate Lohnfortzahlung auszufüllen.

Name der Assistenzperson

Von wann bis wann dauerte die Arbeitsunfähigkeit? (Gesamte Zeitdauer angeben, auch wenn nicht an jedem Tag ein Einsatz geplant gewesen ist)

Anzahl vorgesehene Stunden, vorgesehene Nächte sowie Anzahl der zu betreuenden Versicherten Personen

Grund der Arbeitsunfähigkeit

Bei vorhandener Taggeldversicherung (KTG und UTG) übernimmt die IV nur 80% der Pauschalen

**Wichtig: ab dem 4. Krankheitstag ist ein Arztzeugnis beizulegen.**

**Beiblatt 2: Lohnfortzahlungspflicht aufgrund Verhinderung an der Arbeitsleistung (Art. 324 OR) <sup>22</sup>**

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

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

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

Grund der Lohnfortzahlung

- Spitalaufenthalt       Heimaufenthalt  
 andere

Welcher?

Lohnfortzahlung nach Art. 324 OR (Arbeit kann nicht erbracht werden)

Zeitspanne von wann bis wann ist anzugeben.

Welche angestellte Person ist betroffen?

Anzahl vorgesehene Stunden, vorgesehene Nächte sowie Anzahl der zu betreuenden Versicherten Personen

Angaben, falls weitere angestellte Personen betroffen sein sollte?

Grund, weshalb die Arbeit nicht erbracht werden konnte. Die Pauschalen werden zu 100% ausbezahlt und gehen zu Lasten des Budgets.

**Wichtig: Ab einer Dauer von 4 Tagen und mehr ist uns bei Krankheit ein Arztzeugnis oder bei einem Klinikaufenthalt eine entsprechende Aufenthaltsbestätigung beizulegen.**