

**Facture** pour l'allocation pour impotent destinée aux mineurs (y compris le supplément pour soins intenses)

Numéro de l'office AI 1	Date de la facture 2	Numéro de la facture 3	N° d'assuré 5	N° ou date de la décision 25
Assuré(e): nom, prénoms, adresse exacte, NPA, domicile 6			Adresse de l'office AI 7	
NIF 8	Compte postal 9	Compte postal du tiers 10	Compte bancaire du tiers 11	
Créancier(ière): nom, prénom, adresse exacte, NPA, domicile 12		Si le paiement doit être effectué auprès d'un tiers (p.ex. une banque): Nom, prénom, adresse exacte, NPA, domicile 13		

Cette Formule concerne la période comptable (marquer d'une croix ce qui convient) année: _____	janvier / février / mars avril / mai / juin juillet / août / septembre octobre / novembre / décembre	à adresser au terme de chaque période comptable 14
---	---	--

15 Le mineur s'est trouvé pendant la période comptable aux endroits suivants:	16 Dates de/à:	17 Nombre de jours	18 Montant API (+év. CFP)	19 Montant SSI	20 Montant
A. à la maison, en famille (le mineur y dort la nuit).					
B. dans un établissement pour l'exécution de mesures de réadaptation de l'AI (p. ex. mesures médicales).					
C. dans un home/internat (pas pour l'exécution de mesures au sens de l'art 7d, al. 2 et l'art. 8, al. 3 LAI) ou dans une famille d'accueil.					
D. dans un hôpital pour un traitement curatif (pas à la charge de l'AI)					
E. cas particuliers (joindre une justification)					
Total des jours de la période comptable 21			Montant total 22		

Visa de l'office AI 23	Remarques éventuelles 29
------------------------	--------------------------

## A observer

Prière de remplir la facture de manière complète et lisible. Le travail en sera simplifié et le paiement accéléré.

Pour que les factures concernant des mesures de réadaptation et des allocations pour impotent destinées mineurs puissent être transmises, **pour paiement**, par l'office AI à la Centrale de compensation, **elles doivent contenir les indications suivantes** :

Numéro d'assuré(e) (case 5), date de la décision/communication (aucune facture concernant des prestations qui n'ont pas fait l'objet d'une décision/communication ne peut être acceptée) (25), le numéro d'identification (NIF) attribué par la Centrale de compensation, 1211 Genève 2 (8), nom, prénoms et adresse de l'assuré(e) (6), nom, prénom (raison sociale) et adresse du créancier/de la créancière (12),

si le paiement doit être effectué auprès d'un tiers :

- Nom et adresse du tiers (13)
- Numéro du compte ouvert auprès du tiers (11)
- Compte postal du tiers (10)

### Commentaires aux lettres de la colonne n° 15:

A. Il convient d'indiquer ici les jours durant lesquels le mineur se trouvait soit **en permanence à la maison**, soit seulement la nuit.

Droit: - allocation pour impotent (montant intégral)  
- év. supplément pour soins intenses pour chaque journée passée à la maison

B. Il convient d'indiquer ici les jours durant lesquels le mineur se trouvait en permanence, c'est-à-dire y compris la nuit, comme interne dans un centre de réadaptation ou dans un établissement appliquant des mesures de réadaptation de l'AI (p.ex. mesures médicales, formation professionnelle initiale, etc.) ou les mesures d'intervention précoce.

Droit: - pas de droit, puisque l'agent d'exécution est indemnisé par l'AI selon un tarif

Dans le cas où le mineur se trouvait seulement passagèrement à la maison (p.ex. vacances, week-end), les montants selon la lettre A sont versés. Les jours de séjours à la maison doivent être indiqués sous lettre A.

C. Il convient d'indiquer ici les journées durant lesquelles le mineur était confié pour soins et assistance, en permanence comme interne (c'est-à-dire si le mineur y a également passé la nuit) à un home, à une institution, à une école spéciale ou à une famille d'accueil, mais pas pour l'exécution de mesures au sens de l'art 7d, al. 2 et 8, al. 3 LAI.

Droit: - allocation pour impotent (moitié du montant) pour chaque journée passée dans le home / institution / école spéciale / famille d'accueil  
- aucun supplément pour soins intenses  
- contribution aux frais de pension (CFP)

Dans le cas où le/la mineur se trouvait seulement passagèrement à la maison (p.ex. vacances, week-end), les montants selon la lettre A sont versés. Le montant versé est déterminé par le lieu où le mineur a passé la nuit. Les jours de séjours à la maison doivent être indiqués sous lettre A.

D. Il convient d'indiquer ici les jours durant lesquels le mineur, suite à une maladie ou un accident, était soigné dans un hôpital ou dans un établissement de cure.

Droit: - pas de droit pour les jours, pendant lesquels le/la mineur a passé la nuit à l'hôpital

E. Il convient d'indiquer ici les jours durant lesquels on assiste à la même situation que sous lettre D, l'allocation pour impotent ayant cependant été octroyée, car le mineur a, en raison d'une infirmité grave (p. ex. déficience grave de la vue), besoin de l'aide d'autrui pour établir des contacts sociaux avec son entourage (art. 37, al. 3, let. d, RAI).

Droit: - allocation pour impotent (moitié du montant) pour chaque journée passée dans le home/dans la famille d'accueil  
- aucun supplément pour soins intenses  
- aucune contribution aux frais de pension (CFP)

Dans le cas où le mineur se trouvait seulement passagèrement à la maison (p.ex. vacances, week-end), les montants selon la lettre A sont versés. Les jours de séjours à la maison doivent être indiqués sous lettre A.