Rechnungsdatum

**Versicherte Person**

Versichertennummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Name, Vorname, Adresse, Postleitzahl, Ort

**Rechnungssteller**

Name, Vorname, Adresse, Postleitzahl, Ort

**Abrechnung**

NIF *(wird nach erster Rechnungsstellung zugeteilt)*

Mitteilungs- / Verfügungsnummer *(323/xxxx/xxxxxx/x)*

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x) *Vervollständigen / überprüfen / nötigenfalls korrigieren*

Name, Vorname des Kontoinhabers *(nur falls nicht Rechnungssteller)*

Strasse, Hausnummer des Kontoinhabers *(nur falls nicht Rechnungssteller)*

Postleitzahl, Ort des Kontoinhabers *(nur falls nicht Rechnungssteller)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diese Rechnung gilt für die Abrechnungsperiode  (Zutreffendes bitte ankreuzen): | | Jahr:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Januar  Mai  September  Februar  Juni  Oktober  März  Juli  November  April  August  Dezember | | | ***Rechnung bitte jeweils nach Ablauf der Abrechnungsperiode einreichen.*** | | | |
| Erbrachte Leistungen | | Anzahl Einheiten | Ansatz | | | Betrag in CHF | Tarifziffer | |
| A | Assistenzleistungen mit Standardqualifikation | Stunden | CHF 33.50 | | |  | 665.01 | |
| B | Assistenzleistungen mit besonderer Qualifikation | Stunden | CHF 50.20 | | |  | 665.02 | |
| C | Nachtdienst | Nächte | CHF | | |  | 665.03 | |
| D | *Lohnfortzahlungspflicht bei Verhinderung der Arbeitnehmenden (Art. 324a OR)* | | | | |  | 665.05 | |
| E | *Lohnfortzahlungspflicht bei Verhinderung an der Arbeitsleistung (Art. 324 OR)* | | | | |  | 665.06 | |
| F | *Vorschuss* | | | | |  | 665.07 | |
|  |  |  | **Total in CHF** | | | |  | |
|  |  |  |  | | |  |  | |
| Akute Phase  Ja  Nein | | | | | | | | |
| von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wenn ja, bitte Bestätigung eines Arztes/einer Ärztin beilegen | | | | | | | | |
| Hiermit bestätige ich, dass diese Angaben korrekt und wahrheitsgetreu sind  Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  |  | |
| Visum der IV-Stelle  (wird durch die IV-Stelle ausgefüllt)  **KANTONALE IV-STELLE WALLIS (323)** | | | | | Allfällige Bemerkungen    Telefon/E-Mail für Rückfragen:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | | | | Exp. : 20 November 2020 | | | |

**Beilagen:**

Ärztliche Bestätigung Akute Phase

Arztzeugnis Assistent / Assistentin

Beiblatt 1 Lohnfortzahlungspflicht Art. 324a OR

Beiblatt 2 Lohnfortzahlungspflicht Art. 324 OR

**Beiblatt 1: Lohnfortzahlungspflicht aufgrund Verhinderung der Arbeitnehmenden (Art. 324a OR)**

**Lohnfortzahlung**

vonbis

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Name Assistent/in Lohnfortzahlung in CHF Anzahl Stunden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Grund für Arbeitsunfähigkeit?

Krankheit?  Unfall?

andere?  
Welcher?

|  |
| --- |
|  |

Rückerstattung anderer Versicherungen?  ja  nein

Name und Adresse des Versicherers

|  |
| --- |
|  |
|  |

Rückerstattung in CHF Wartefrist Höhe Taggeld

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Lohnfortzahlung**

vonbis

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Name Assistent/in Lohnfortzahlung in CHF Anzahl Stunden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Grund für Arbeitsunfähigkeit?

Krankheit?  Unfall?

andere?  
Welcher?

|  |
| --- |
|  |

Rückerstattung anderer Versicherungen?  ja  nein

Name und Adresse des Versicherers

|  |
| --- |
|  |
|  |

Rückerstattung in CHF Wartefrist Höhe Taggeld

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Lohnfortzahlung**

vonbis

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Name Assistent/in Lohnfortzahlung in CHF Anzahl Stunden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Grund für Arbeitsunfähigkeit?

Krankheit?  Unfall?

andere?  
Welcher?

|  |
| --- |
|  |

Rückerstattung anderer Versicherungen?  ja  nein

Name und Adresse des Versicherers

|  |
| --- |
|  |
|  |

Rückerstattung in CHF Wartefrist Höhe Taggeld

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

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

**Lohnfortzahlung**

vonbis

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Name Assistent/in Lohnfortzahlung in CHF Anzahl Stunden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Name Assistent/in Lohnfortzahlung in CHF Anzahl Stunden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Name Assistent/in Lohnfortzahlung in CHF Anzahl Stunden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Grund der Lohnfortzahlung?

Spitalaufenthalt?   Heimaufenthalt?

andere?

Welcher?

|  |
| --- |
|  |

**Lohnfortzahlung**

vonbis

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Name Assistent/in Lohnfortzahlung in CHF Anzahl Stunden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Name Assistent/in Lohnfortzahlung in CHF Anzahl Stunden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Name Assistent/in Lohnfortzahlung in CHF Anzahl Stunden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Grund der Lohnfortzahlung?

Spitalaufenthalt?  Heimaufenthalt?

andere?

Welcher?

|  |
| --- |
|  |

**Lohnfortzahlung**

vonbis

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Name Assistent/in Lohnfortzahlung in CHF Anzahl Stunden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Name Assistent/in Lohnfortzahlung in CHF Anzahl Stunden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Name Assistent/in Lohnfortzahlung in CHF Anzahl Stunden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Grund der Lohnfortzahlung?

Spitalaufenthalt?  Heimaufenthalt?

andere?

Welcher?

|  |
| --- |
|  |