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?

|  |
| --- |
|       |