|  |  |
| --- | --- |
| LogoInvalidenversicherung  Rechnung für Reisekosten bei beruflichen Massnahmen |  |

Rechnungsdatum

**Versicherte Person**

Versichertennummer (756.xxxx.xxxx.xx) NAVSAS

Name, Vorname, Adresse, Postleitzahl, Ort LIGNAS

**Rechnungssteller**

Name, Vorname, Adresse, Postleitzahl, Ort LIGNDE

**Abrechnung**

NIF *(falls vorhanden)* NIF1DE

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Reisedatum/Anzahl Fahrten (falls Anzahl Fahrten, Details auf Seite 2 angeben)** 14 | **Reisezweck** 15 | **Reisestrecke** 16 | | **Billetts** 17 | | | | | **Privat-auto (Anzahl km) 18** | **Tarif**  **Ziffer** | **Betrag** 20 |
|  |  | | An-zahl | Art (Einfach / Retour/Abo/etc.) | | Preis pro Billet | | (CHF 0.45 / KM) |  |
|  |  | **von** |  |  |  | |  | |  | 524 |  |
|  |  | **bis** |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | **von** |  |  |  | |  | |  | 524 |  |
|  |  | **bis** |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | **von** |  |  |  | |  | |  | 524 |  |
|  |  | **bis** |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | **von** |  |  |  | |  | |  | 524 |  |
|  |  | **bis** |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | **von** |  |  |  | |  | |  | 524 |  |
|  |  | **bis** |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  | **von** |  |  |  | |  | |  | 524 |  |
|  |  | **bis** |  |  |  | |  | |  |  |
| **Anzahl 21 (Beiliegendes Kon-trollblatt ausfüllen)** | **Beitrag an Verpflegung (Zehrgeld) und Unterkunft 22** | | | | | | | **Ansatz 23** | | **Tarif**  **Ziffer** | **Betrag**  **24** |
|  | Dauer der Abwesenheit vom Wohnort von 5-8 Stunden | | | | | | | CHF 11.50 | | 524 |  |
|  | Dauer der Abwesenheit vom Wohnort: mehr als 8 Stunden | | | | | | | CHF 19.00 | | 524 |  |
|  | Kosten für auswärtiges Übernachten: | | | | | | | CHF 37.50 | | 524 |  |
|  |  | | | | |  | |  | **Total 25** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Visum der IV-Stelle  (wird durch die IV-Stelle ausgefüllt)  **KANTONALE IV-STELLE WALLIS (323)** | Allfällige Bemerkungen    Telefon/E-Mail für Rückfragen:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Exp. : 26 Januar 2021 |

- 2 -

**Wichtig : Die Rechnung kann nur bezahlt werden, wenn das Formular korrekt und vollständig ausgefüllt ist. Beachten Sie deshalb bitte nachstehende Anleitung:**

**Die Rechnungstellung muss zwingend mittels vorliegendem Formular erfolgen und ist mit den entsprechenden Belegen bei unserer Dienststelle einzureichen.**

Für die künftige Rechnungstellung wollen Sie bitte selber Kopien des Formulars machen oder Sie können das Formular auf unserer Homepage [www.ivvs.ch](http://www.ivvs.ch/) (> Online Schalter > Formulare für die versicherte Person > Formular „NOT010-d - Rechnung für Reisekosten bei beruflichen Massnahmen“) herunterladen.

Bitte diese Rechnung klar und deutlich ausfüllen, vorzugsweise mit der Schreibmaschine oder in Blockschrift bzw. direkt das online verfügbare Formular auf unserer Homepage benutzen. Die Verarbeitung wird dadurch vereinfacht und die Bezahlung beschleunigt.

Rechnungen für Eingliederungsmassnahmen können von der IV-Stelle **nur dann zur Auszahlung** an die Zentrale Ausgleichsstelle weitergeleitet werden, **wenn sie folgende Angaben enthalten:**

* Nummer des/der Versicherten (Feld 5 des Formulars)
* Datum der Verfügung oder Mitteilung (Es können keine Rechnungen entgegengenommen werden für Leistungen, für welche noch keine Verfügung oder Mitteilung vorliegt). (Feld 28)
* Nähere Angaben bezüglich Reisekosten (Feld 14), Verpflegung / Zehrgeld / Unterkunft (Feld 21) finden Sie in der Verfügung / Mitteilung
* Die durch die Zentrale Ausgleichsstelle, 1211 Genf 28, bei der ersten Bezahlung zugeteilte NIF-Nummer (Feld 8)
* Name, Vorname und Adresse des/der Versicherten (Feld 6)
* Name, Vorname (bzw. Firma) und Adresse des Rechnungsstellers/der Rechnungsstellerin (Feld 12)

Wird die Zahlung an eine Drittstelle (z.B. Bank) gewünscht :

* Name und Sitz der Drittstelle (Feld 13)
* Nummer des Kontos bei der Drittstelle (Feld 11)
* Postkonto der Drittstelle (Feld 10)

**Genaue Reisedaten** (hier einzeln aufführen und in die Kolonne 14 auf Seite 1 des Rechnungsformulars übertragen)

- 3 -

**Kontrollblatt für auswärtige Verpflegung (Zehrgeld) und evtl. Unterkunft während beruflichen Massnahmen**

**Name, Vorname: NOPRAS**

**Vers.Nr.(AHV-Nr.): NAVSAS**

**Monat/Jahr:**

Kreuzen Sie bitte in nachfolgender Tabelle, unter der entsprechenden Kolonne (je nach Abwesenheitsdauer pro Tag), jene Tage an, an denen Sie berufliche Maßnahmen der IV absolviert haben. Eventuelle Absenzen infolge Krankheit, Ferien, Unfall, etc. führen Sie bitte unter Bemerkungen an. Danke.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wie lange waren Sie von Ihrem Wohnort abwesend (Reise- und Arbeitszeit)?** | | | | **Bemerkungen** | |
| Tag | bis zu 5 Stunden | von 5 bis 8 Stunden | mehr als 8 Stunden | | (z. B. Krankheit, Unfall, Ferien, etc.) |
| 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. |  |  |  | |  |
| Anzahl Tage : | |  |  | | In die entsprechende Linie der Kolonne 21 der 1. Seite des Rechnungsformulars übertragen |