Date de la facture

**Assuré**

Numéro d'assuré (756.xxxx.xxxx.xx)

Nom, Prénom, Adresse, Numéro postal, Lieu

**Émetteur de la facture**

Nom, Prénom, Adresse, Numéro postal, Lieu

**Décompte (Bénéficiaire)**

NIF *(est attribué après la première facturation)*

Numéro de la communication / décision *(323/xxxx/xxxxxx/x)*

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x) *A compléter / A vérifier / A corriger si nécessaire*

Nom, Prénom du titulaire du compte *(si différent de l’émetteur de la facture)*

Adresse du titulaire du compte *(si différent de l’émetteur de la facture)*

Numéro postal, lieu du titulaire du compte *(si différent de l’émetteur de la facture)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cette facture concerne la période comptable (marquer d’une croix ce qui convient): | | année:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  janvier mai  septembre  février juin octobre  mars juillet novembre  avril août décembre | | | ***À adresser au terme de chaque période comptable*** | | |
| Prestations dispensées11 | | Nombre d‘unités | Montant | | | Montant enCHF | **Code tarifaire** |
| A | Prestations d’assistance avec qualification standard | heures | CHF 33.50 | | |  | 665.01 |
| B | Prestations d’assistance avec qualifications partiulières | heures | CHF 50.20 | | |  | 665.02 |
| C | Prestations de nuit | nuits | CHF | | |  | 665.03 |
| D | *Obligation de payer le salaire en cas d’empêchement du travailleur (art. 324a CO)* | | | | |  | 665.05 |
| E | *Obligation de payer le salaire en cas de demeure de l‘employeur (art. 324 CO)* | | | | |  | 665.06 |
| F | *Provision* | | | | |  | 665.07 |
|  |  |  | **Total en CHF** | | | |  |
|  |  |  |  | | |  |  |
| Phase aigüe  oui  non | | | | | | | |
| du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Si oui, prière de joindre une attestation d’un médecin | | | | | | | |
| Par la présente, j’atteste que les renseignements fournis sont corrects et conformes à la vérité.  Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  |  |
| Visa de l’office AI  (rempli par l’office)  **OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS (323)** | | | | Remarques éventuelles  Téléphone/E-mail pour demandes de précisions:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

Exp. : 20 novembre 2020

**Annexes:**

Attestation médicale phase aigüe

Certificat médical de l’assistant-e

Feuille annexe 1 Obligation de payer le salaire art. 324a CO

Feuille annexe 1 Obligation de payer le salaire art. 324 CO

**Feuille annexe 1: Obligation de payer le salaire en cas d’empêchement du travailleur (art. 324a CO)**

**Poursuite du versement du salaire**

duau

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

Nom de l’assistant-e Salaire en CHF Nombre d’heures

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

Motif de l’incapacité de travail?

maladie?  accident?

autre?  
Lequel?

|  |
| --- |
|  |

Remboursement d‘autres assurances?  oui  non

Nom et adresse de l‘assurance

|  |
| --- |
|  |
|  |

Remboursement en CHF Délai d‘attente Montant de l’indemnité journalière

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

**Poursuite du versement du salaire**

duau

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

Nom de l’assistant-e Salaire en CHF Nombre d’heures

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

Motif de l’incapacité de travail?

maladie?  accident?

autre?  
Lequel?

|  |
| --- |
|  |

Remboursement d‘autres assurances?  oui  non

Nom et adresse de l‘assurance

|  |
| --- |
|  |

Remboursement en CHF Délai d‘attente Montant de l’indemnité journalière

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

**Poursuite du versement du salaire**

duau

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

Nom de l’assistant-e Salaire en CHF Nombre d’heures

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

Motif de l’incapacité de travail?

maladie?  accident?

autre?  
Lequel?

|  |
| --- |
|  |

Remboursement d‘autres assurances?  oui  non

Nom et adresse de l‘assurance

|  |
| --- |
|  |

Remboursement en CHF Délai d‘attente Montant de l’indemnité journalière

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

**Feuille annexe 2: Obligation de payer le salaire en cas de demeure de l’employeur (art. 324 CO)**

**Poursuite du versement du salaire**

duau

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

Nom de l’assistant-e Salaire en CHF Nombre d’heures

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

Nom de l’assistant-e Salaire en CHF Nombre d’heures

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

Nom de l’assistant-e Salaire en CHF Nombre d’heures

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

Motif de la poursuite du versement du salaire?

séjour à l‘hôpital?   séjour dans un home?

autre?

Lequel?

|  |
| --- |
|  |

**Poursuite du versement du salaire**

duau

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

Nom de l’assistant-e Salaire en CHF Nombre d’heures

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

Nom de l’assistant-e Salaire en CHF Nombre d’heures

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

Nom de l’assistant-e Salaire en CHF Nombre d’heures

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

Motif de la poursuite du versement du salaire?

séjour à l‘hôpital?  séjour dans un home?

autre?

Lequel?

|  |
| --- |
|  |

**Poursuite du versement du salaire**

duau

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

Nom de l’assistant-e Salaire en CHF

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

Nom de l’assistant-e Salaire en CHF

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

Nom de l’assistant-e Salaire en CHF

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

Motif de la poursuite du versement du salaire?

séjour à l‘hôpital?  séjour dans un home?

autre?

Lequel?

|  |
| --- |
|  |