

# Facture pour allocation pour impotent (API) et pour supplément pour soins intenses (SSI) pour mineurs

Date de la facture \_\_\_\_\_

**Personne assurée**

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Numéro AVS (756.xxxx.xxxx.xx) \_\_\_\_\_

Rue, numéro \_\_\_\_\_

Code postal, localité \_\_\_\_\_

**Émetteur de la facture**

Nom, prénom (si ce n'est pas la personne assurée) \_\_\_\_\_

Courriel, N° de téléphone (pour demandes de précisions) \_\_\_\_\_

Rue, numéro \_\_\_\_\_

Code postal, localité \_\_\_\_\_

**Décompte**

GLN (si disponible) \_\_\_\_\_

N° de communication / N° de décision \_\_\_\_\_

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xx x) \_\_\_\_\_

Nom, prénom des détenteurs du cpte (si ce n'est pas l'émetteur de la facture) \_\_\_\_\_

Rue, numéro du détenteur du compte \_\_\_\_\_

Code postal, localité du détenteur du compte \_\_\_\_\_

| Période de décompte   | Année: _____   | <input type="checkbox"/> janvier / février / mars<br><input type="checkbox"/> avril / mai / juin |              | <input type="checkbox"/> juillet / août / septembre<br><input type="checkbox"/> octobre / novembre / décembre |                                | Montant en CHF |           |
|---|----------------|--|--------------|---|--------------------------------|----------------|-----------|
|   |                | Degré API / SSI  | Date (du/au) | Nbre de nuits   | Tarif API                      |                | Tarif SSI |
| Séjour à domicile ou dans une famille d'accueil (Correspond à la colonne 1a)  | API faible     |  |              | <input type="checkbox"/> 16.35  |                                | 671            |           |
|   | API moyenne    |  |              | <input type="checkbox"/> 40.85  |                                | 672            |           |
|   | API grave      |  |              | <input type="checkbox"/> 65.35  |                                | 673            |           |
|   | SSI + 4 heures |  |              |   | <input type="checkbox"/> 32.65 | 670.4          |           |
|   | SSI + 6 heures |  |              |   | <input type="checkbox"/> 57.15 | 670.6          |           |
|   | SSI + 8 heures |  |              |   | <input type="checkbox"/> 81.65 | 670.8          |           |
| Séjour dans un hôpital (séjours d'une durée inférieure à un mois civil ou avec l'attestation selon laquelle la présence des parents est nécessaire et a effectivement eu lieu) (Correspond à la colonne 1b) | API faible     |  |              | <input type="checkbox"/> 16.35  |                                | 681            |           |
|   | API moyenne    |  |              | <input type="checkbox"/> 40.85  |                                | 682            |           |
|   | API grave      |  |              | <input type="checkbox"/> 65.35  |                                | 683            |           |
|   | SSI + 4 heures |  |              |   | <input type="checkbox"/> 32.65 | 680.4          |           |
|   | SSI + 6 heures |  |              |   | <input type="checkbox"/> 57.15 | 680.6          |           |
|   | SSI + 8 heures |  |              |   | <input type="checkbox"/> 81.65 | 680.8          |           |
| Séjour dans le home (si les parents prennent à leur charge les frais du séjour) (Correspond à la colonne 1c)<br>**  | API faible     |  |              | <input type="checkbox"/> 16.35  |                                | 674            |           |
|   | API moyenne    |  |              | <input type="checkbox"/> 40.85  |                                | 675            |           |
|   | API grave      |  |              | <input type="checkbox"/> 65.35  |                                | 676            |           |
|   | SSI + 4 heures |  |              |   | <input type="checkbox"/> 32.65 | 690.4          |           |
|   | SSI + 6 heures |  |              |   | <input type="checkbox"/> 57.15 | 690.6          |           |
|   | SSI + 8 heures |  |              |   | <input type="checkbox"/> 81.65 | 690.8          |           |

**Personne assurée**

Nom, prénom

Numéro AVS (756.xxxx.xxxx.xx)

| Une nuit a été passée   | Degré      | Encadrement intensif | Date (du/au) | Nombre de nuits | Tarif API                     | Tarif SSI | Tarif 923 / chiffre tarifaire | Montant en CHF |
|---|------------|----------------------|--------------|-----------------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|----------------|
| Dans une institution de mise en œuvre de mesures de réadaptation (si une allocation pour impotent est octroyée dans le cas particulier). (Correspond à la colonne 1/4d) | API faible |                      |              |                 | <input type="checkbox"/> 4.10 |           | 671.4                         |                |

**Total CHF**

\* Veuillez joindre l'attestation de l'hôpital

\*\* Veuillez joindre la facture du home

**Feuille de contrôle pour le droit à l'allocation pour impotent (évtl. supplément pour soins intensifs)**

Veuillez cocher les jours correspondant au lieu de séjour de votre enfant conformément aux explications figurant à la fin du formulaire de facturation. C'est le lieu de séjour qui est déterminant (lieu d'entrée suivi d'une nuit). Veuillez joindre la feuille de contrôle au formulaire de facture.

| Mois |                          | Année                    |                          |                          |                          |  |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
|      | 1a                       | 1b                       | -                        | 1c                       | 1/4d                     |  |
| 1    | <input type="checkbox"/> |  |
| 2    | <input type="checkbox"/> |  |
| 3    | <input type="checkbox"/> |  |
| 4    | <input type="checkbox"/> |  |
| 5    | <input type="checkbox"/> |  |
| 6    | <input type="checkbox"/> |  |
| 7    | <input type="checkbox"/> |  |
| 8    | <input type="checkbox"/> |  |
| 9    | <input type="checkbox"/> |  |
| 10   | <input type="checkbox"/> |  |
| 11   | <input type="checkbox"/> |  |
| 12   | <input type="checkbox"/> |  |
| 13   | <input type="checkbox"/> |  |
| 14   | <input type="checkbox"/> |  |
| 15   | <input type="checkbox"/> |  |
| 16   | <input type="checkbox"/> |  |
| 17   | <input type="checkbox"/> |  |
| 18   | <input type="checkbox"/> |  |
| 19   | <input type="checkbox"/> |  |
| 20   | <input type="checkbox"/> |  |
| 21   | <input type="checkbox"/> |  |
| 22   | <input type="checkbox"/> |  |
| 23   | <input type="checkbox"/> |  |
| 24   | <input type="checkbox"/> |  |
| 25   | <input type="checkbox"/> |  |
| 26   | <input type="checkbox"/> |  |
| 27   | <input type="checkbox"/> |  |
| 28   | <input type="checkbox"/> |  |
| 29   | <input type="checkbox"/> |  |
| 30   | <input type="checkbox"/> |  |
| 31   | <input type="checkbox"/> |  |

| Mois |                          | Année                    |                          |                          |                          |  |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
|      | 1a                       | 1b                       | -                        | 1c                       | 1/4d                     |  |
| 1    | <input type="checkbox"/> |  |
| 2    | <input type="checkbox"/> |  |
| 3    | <input type="checkbox"/> |  |
| 4    | <input type="checkbox"/> |  |
| 5    | <input type="checkbox"/> |  |
| 6    | <input type="checkbox"/> |  |
| 7    | <input type="checkbox"/> |  |
| 8    | <input type="checkbox"/> |  |
| 9    | <input type="checkbox"/> |  |
| 10   | <input type="checkbox"/> |  |
| 11   | <input type="checkbox"/> |  |
| 12   | <input type="checkbox"/> |  |
| 13   | <input type="checkbox"/> |  |
| 14   | <input type="checkbox"/> |  |
| 15   | <input type="checkbox"/> |  |
| 16   | <input type="checkbox"/> |  |
| 17   | <input type="checkbox"/> |  |
| 18   | <input type="checkbox"/> |  |
| 19   | <input type="checkbox"/> |  |
| 20   | <input type="checkbox"/> |  |
| 21   | <input type="checkbox"/> |  |
| 22   | <input type="checkbox"/> |  |
| 23   | <input type="checkbox"/> |  |
| 24   | <input type="checkbox"/> |  |
| 25   | <input type="checkbox"/> |  |
| 26   | <input type="checkbox"/> |  |
| 27   | <input type="checkbox"/> |  |
| 28   | <input type="checkbox"/> |  |
| 29   | <input type="checkbox"/> |  |
| 30   | <input type="checkbox"/> |  |
| 31   | <input type="checkbox"/> |  |

| Mois |                          | Année                    |                          |                          |                          |  |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
|      | 1a                       | 1b                       | -                        | 1c                       | 1/4d                     |  |
| 1    | <input type="checkbox"/> |  |
| 2    | <input type="checkbox"/> |  |
| 3    | <input type="checkbox"/> |  |
| 4    | <input type="checkbox"/> |  |
| 5    | <input type="checkbox"/> |  |
| 6    | <input type="checkbox"/> |  |
| 7    | <input type="checkbox"/> |  |
| 8    | <input type="checkbox"/> |  |
| 9    | <input type="checkbox"/> |  |
| 10   | <input type="checkbox"/> |  |
| 11   | <input type="checkbox"/> |  |
| 12   | <input type="checkbox"/> |  |
| 13   | <input type="checkbox"/> |  |
| 14   | <input type="checkbox"/> |  |
| 15   | <input type="checkbox"/> |  |
| 16   | <input type="checkbox"/> |  |
| 17   | <input type="checkbox"/> |  |
| 18   | <input type="checkbox"/> |  |
| 19   | <input type="checkbox"/> |  |
| 20   | <input type="checkbox"/> |  |
| 21   | <input type="checkbox"/> |  |
| 22   | <input type="checkbox"/> |  |
| 23   | <input type="checkbox"/> |  |
| 24   | <input type="checkbox"/> |  |
| 25   | <input type="checkbox"/> |  |
| 26   | <input type="checkbox"/> |  |
| 27   | <input type="checkbox"/> |  |
| 28   | <input type="checkbox"/> |  |
| 29   | <input type="checkbox"/> |  |
| 30   | <input type="checkbox"/> |  |
| 31   | <input type="checkbox"/> |  |

Légende au verso

Veuillez envoyer le présent formulaire à l'office AI compétent.

Visa de l'office AI:

**1a: Habite à la maison :**

Jours durant lesquels l'enfant passe la nuit à son domicile ou dans sa famille d'accueil.

**1b: Séjours hospitaliers :**

Séjours d'une durée inférieure à un mois civil complet ou avec une attestation de l'hôpital que la présence des parents était nécessaire et qu'elle était effectivement quotidienne (l'attestation doit être jointe).

**-: Pas d'indemnisation :**

Séjour stationnaire à l'hôpital/à la clinique de plus d'un mois civil complet, mesures de réadaptation en internat à la charge de l'AI, séjour dans un home et en école spécialisée (y compris séjour visant à décharger les proches aidants pas entièrement à la charge des parents).

**1c: Séjour en institution/séjour de décharge :**

Jours où l'enfant passe la nuit dans un home ou un séjour visant à décharger les proches aidants et pour lesquels les parents prennent en charge l'intégralité des frais. La facture du séjour doit être jointe.

**1/4d: Cas particulier d'un séjour dans un établissement au sens de l'art. 42 al. 5 LAI :**

Concerne les assurés mineurs placés dans une institution et bénéficiant d'une allocation pour impotent en raison de l'art. 37 al. 3d RAI, selon lequel des services importants doivent être fournis dans le domaine de l'entretien des relations sociales.