

FORMULAIRE DE FACTURATION AIDE-MÉNAGÈRE

FACTURE MENSUELLE DE PRESTATIONS D'AIDE-MÉNAGÈRE PRIVÉES.

AIDE-MÉNAGÈRE POUR:

Nom

Prénom

N° d'assuré(e) SWICA*

Date de naissance

(jour/mois/année)

Sexe

masculin

féminin

Rue/no

NPA/Localité/Pays

Numéro AVS*

Numéro d'identification
de la carte*

*Ces informations se trouvent sur la carte d'assurance.

RAISON DES PRESTATIONS D'AIDE-MÉNAGÈRE

Maladie

Accident

Maternité

MOIS/ANNÉE

Merci d'indiquer le nombre d'heures facturées sous les jours où des prestations d'aide-ménagère ont eu lieu.

Jour	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Heures prestations																

Jour	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Heures prestations															

Prestations

Nombre total d'heures

Tarif horaire

Total CHF

(incl. cotisations aux assurances sociales)

Prestations d'aide-ménagère

AIDE-MÉNAGÈRE RÉALISÉE PAR:

Nom

Prénom

Prestations réglées le

Prestations des assurances sociales versées**

Oui

Non

**Des prestations des assurances sociales doivent être versées en cas de prestations d'aide-ménagère réalisées par des personnes privées. Si vous ignorez les principes juridiques stipulés dans l'AVS et l'AI se rapportant aux aides ménagères pour les ménages privés, nous vous recommandons de vous informer auprès de la commune concernée ou bien de consulter le site ahv-iv.ch/p/2.06.f.

Lieu/date

Signature de la personne ayant réalisé l'aide-ménagère

À VOTRE SERVICE 365 JOURS PAR AN, 24 HEURES SUR 24.

Téléphone 0800 80 90 80 / swica.ch

