

MODULO DI FATTURAZIONE AIUTO DOMICILIARE

FATTURA MENSILE PER PRESTAZIONI PRIVATE DI AIUTO DOMICILIARE.

AIUTO DOMICILIARE PRESSO:

Cognome

Nome

N. d'assicurato/a SWICA*

Data di nascita (giorno/mese/anno) Sesso maschile femminile

Via/n.

NPA/Luogo/Paese

Numero AVS*

Numero di riconoscimento sulla carta*

*Questi dati si trovano sulla tessera d'assicurazione.

MOTIVO DELLE PRESTAZIONI DI AIUTO DOMICILIARE (PAD)

Malattia Infortunio Maternità

MESE/ANNO

Si prega di indicare il numero di ore fatturato sotto i giorni nei quali sono state offerte le prestazioni di aiuto domiciliare.

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

Ore PAD

Giorno 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Ore PAD

Prestazioni	Totale ore	Tariffa oraria (incl. contributi per le assicurazioni sociali)	Totale CHF
-------------	------------	---	------------

Prestazioni di aiuto domiciliare

AIUTO DOMICILIARE OFFERTO DA:

Cognome

Nome

Prestazioni pagate il Contributi per le assicurazioni sociali corrisposte? ** Sì No

**Nel caso di prestazioni di aiuto domiciliare offerto da persone private devono essere versati i contributi per le assicurazioni sociali. Se non dovesse essere al corrente delle basi legali relative all'aiuto domiciliare per economie domestiche private dell'AVS e dell'AI, le consigliamo di informarsi presso il comune competente oppure al sito ahv.iv.ch/p/2.06.i.

Luogo/data

Firma aiuto domiciliare

A VOSTRA DISPOSIZIONE 24 ORE SU 24, 365 GIORNI ALL'ANNO.

Telefono 0800 80 90 80 / swica.ch

