

Facture pour frais de voyage et nourriture

Date de la facture

Assuré

Nom, Prénom

Numéro AVS (756.xxxx.xxxx.xx)

Adresse

Numéro postal, lieu

Émetteur de la facture

Nom, Prénom (si différent de l'assuré)

E-Mail, Numéro de téléphone (en cas de demandes de précisions)

Adresse

Numéro postal, lieu

Décompte

GLN (si disponible)

Numéro de la communication / décision

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x)

Nom, Prénom du Titulaire de Compte (si différent de l'émetteur de la facture)

Adresse du Titulaire de Compte

Numéro postal, lieu du Titulaire de Compte

Frais de voyage

Date de voyage/ Abo durée (p.ex. 2.3.-31.3.17)	But du voyage/ Type de mesure (p.ex. placement à l'essai)	Parcours de	à	Type des billets (aller, aller- retour, abo)	Voiture (CHF 0.45/ km)	Code tarifaire	Montant en CHF
						524	
						524	
						524	
						524	
						524	
						524	

Des trajets supplémentaires peuvent être mentionnés au verso sous les remarques/compléments.

Nourriture/logement

La nourriture externe ou le logement en dehors d'un centre de réadaptation peuvent être facturés

Période comptable

de: _____

à: _____

Nombre de jours de travail réel	Absence du domicile	Forfait en CHF	Code tarifaire	Montant en CHF
	5 à 8 heures par jour	11.50	524	
	Plus de 8 heures par jour	19.00	524	
	Logement à l'extérieur (retour le jour même n'est pas possible)	37.50	524	

Prière d'indiquer les dates des jours de réadaptation réels au verso.

Montant total
en CHF

Veuillez envoyer ce formulaire à l'office AI compétent.

Visa de l'office AI:

Assuré

Nom, Prénom

Numéro AVS (756.xxxx.xxxx.xx)

Prière de cocher les dates des jours de réadaptations réels.

Année: Mois:

Absence du domicile:

5 jusqu'à 8 heures	plus que 8 heures	5 jusqu'à 8 heures	plus que 8 heures
-----------------------	----------------------	-----------------------	----------------------

☐ 1.	☐ 1.	☐ 16.	☐ 16.
☐ 2.	☐ 2.	☐ 17.	☐ 17.
☐ 3.	☐ 3.	☐ 18.	☐ 18.
☐ 4.	☐ 4.	☐ 19.	☐ 19.
☐ 5.	☐ 5.	☐ 20.	☐ 20.
☐ 6.	☐ 6.	☐ 21.	☐ 21.
☐ 7.	☐ 7.	☐ 22.	☐ 22.
☐ 8.	☐ 8.	☐ 23.	☐ 23.
☐ 9.	☐ 9.	☐ 24.	☐ 24.
☐ 10.	☐ 10.	☐ 25.	☐ 25.
☐ 11.	☐ 11.	☐ 26.	☐ 26.
☐ 12.	☐ 12.	☐ 27.	☐ 27.
☐ 13.	☐ 13.	☐ 28.	☐ 28.
☐ 14.	☐ 14.	☐ 29.	☐ 29.
☐ 15.	☐ 15.	☐ 30.	☐ 30.
		☐ 31.	☐ 31.

Année: Mois:

Absence du domicile:

5 jusqu'à 8 heures	plus que 8 heures	5 jusqu'à 8 heures	plus que 8 heures
-----------------------	----------------------	-----------------------	----------------------

☐ 1.	☐ 1.	☐ 16.	☐ 16.
☐ 2.	☐ 2.	☐ 17.	☐ 17.
☐ 3.	☐ 3.	☐ 18.	☐ 18.
☐ 4.	☐ 4.	☐ 19.	☐ 19.
☐ 5.	☐ 5.	☐ 20.	☐ 20.
☐ 6.	☐ 6.	☐ 21.	☐ 21.
☐ 7.	☐ 7.	☐ 22.	☐ 22.
☐ 8.	☐ 8.	☐ 23.	☐ 23.
☐ 9.	☐ 9.	☐ 24.	☐ 24.
☐ 10.	☐ 10.	☐ 25.	☐ 25.
☐ 11.	☐ 11.	☐ 26.	☐ 26.
☐ 12.	☐ 12.	☐ 27.	☐ 27.
☐ 13.	☐ 13.	☐ 28.	☐ 28.
☐ 14.	☐ 14.	☐ 29.	☐ 29.
☐ 15.	☐ 15.	☐ 30.	☐ 30.
		☐ 31.	☐ 31.

Précision

L'Assurance Invalidité rembourse les frais de voyage pour l'itinéraire le plus direct pour se rendre du domicile à l'organe d'exécution compétent.

Remarques/Compléments

Nous vous prions de bien vouloir envoyer ce formulaire à l'office AI compétent.