|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rechnung  für Coaching | IV-Stellen-Nummer |  | Rechnungsnummer | Datum der Rechnung |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Name und Adresse IV-Stelle: | | | Name und Adresse Coaching-Anbieter | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Versicherter: (Name, Vorname, Geburtsdatum) | |  | | | | | | |
| (Adresse) | |  | | | | | | |
| Versicherten-Nr: | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Rechnungssteller | | | | Wenn die Zahlung an eine Drittstelle (z.B. Bank) gewünscht wird:  Name und Sitz der Drittstelle | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| NIF | | | IBAN | IBAN bei der Drittstelle | |  | | |
|  | | |  |  | |  | | |
|  | | |  |  | |  | | |
|  | | | | | | | | |
| Mitteilungsnummer | Leistungsdatum, Leistung, Anzahl, Restsaldo | | | | Tarifziffer | | Ansatz in CHF | Betrag in CHF |
|  |  | | | |  | |  |  |
| **Total** | | | | | | | |  |
| Visum der Invalidenversicherung | | | | Allfällige Bemerkungen | | | | |

**Rechnungsstellung für Coaching / nach effektivem Stundenaufwand** (Vorlage ab 01.01.2019)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Coaching mit versicherter Person | Kontakt mit Arbeitgeber / Berufsschule | Kontakt mit weiteren Personen / Stellen | Administration / Vor- und Nach-bereitung | Reisezeit | Stellenakquise | Weiteres (bei Bemerkungen erklären) | Bemerkungstexte:  - persönlich / telefonisch / per Mail - Absage innert 24h vor Termin - verpasster Termin - sowie Ortsangabe, falls extern  Bemerkungen |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Total pro Spalte |  |  |  |  |  |  |  | Verfügte Stunden |
| Gesamtstunden |  | | | | | | | Verbleibende Stunden |

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Vorname versicherte Person |  |
| Versichertennummer |  |
| Datum und Unterschrift  der versicherten Person |  |
| Name und Vorname Coach sowie Firmenbezeichnung |  |
| Name und Vorname  IV-Eingliederungsfachperson |  |
| Visum  IV-Eingliederungsfachperson | (wird IV-seitig selbst eingeholt) |

2019 KMT BL/BS