Décompte d'aide-ménagère / soins à domicile

Personne assurée :..... **Numéro de client :** .....

Prénom / Nom / Adresse de la personne ayant fourni l'aide-ménagère :

Facture pour le mois de :	**année :**
Indemnisation horaire : CHF	

Merci pour une description détaillée par jour.

Date	**Prestation ménagère** (par exemple : cuisiner, lessive, repassage, ménage, etc.)	**Soins** (par exemple : habiller, soins du corps, changement de pansements, etc.)	**Montant CHF**

La personne soussignée n'appartient pas à la famille proche de l'assuré(e).

Montant reçu :

Lieu / Date :.....

.....
(Signature de la personne ayant fourni l'aide-ménagère)