



Demande d'obtention d'une prise en charge des frais liés à l'aide humaine pour personnes atteintes d'un handicap sensoriel dans le cadre de :

- Formations professionnelles continues *
- Situations d'examens de carrière ou de promotion légaux ou réglementaires *

* Cocher la case correspondante

1) LES COORDONNÉES DU DEMANDEUR

Nom :	
Prénom :	
N° :	Rue :
Code postal :	Localité :
Tél. :	
Tél. portable :	
Fax :	
E-mail :	
N° compte bancaire : IBAN	

2) INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES:

Nécessite une aide humaine pour :

- Formations professionnelles continues ***

Intitulé de la formation :

- Situations d'examens de carrière ou de promotion légaux ou réglementaires ***

Précisez quel examen, quelle promotion ou quelle obligation légale ou réglementaire est visé :

* Cocher la case correspondante

AIDE POUR PERSONNES MALENTENDANTES :

- Aide à la communication (interprète en langue des signes,...)*
- Aide à la transposition d'informations / savoirs présentés *
- Autre aide humaine *

Coût de l'aide selon devis :

Date/ Période:

*Cocher la case correspondante

AIDE POUR PERSONNES MALVOYANTES :

- Aide aux déplacements vers des lieux inhabituels *
- Aide à la transposition d'informations / savoirs sur base d'outils visuels *
- Autre aide humaine *

Coût de l'aide selon devis :

Date/ Période:

* Cocher la case correspondante

PIECES JUSTIFICATIVES :

à joindre obligatoirement au présent formulaire :

- Devis récent de l'aide requise
- Copie du contrat de travail / Copie de l'arrêté de nomination (fonction publique)
- Programme et durée de la formation

à transmettre au Ministère de la Famille et de l'Intégration après la participation à la formation :

- Facture avec preuve de paiement
- Certificat de participation à la formation ou à l'examen
- Copie du document certifiant l'octroi d'un congé individuel de formation

CONDITION SUPPLEMENTAIRE :

La demande de prise en charge financière doit être obligatoirement introduite avant le début de la formation ou des examens !

**Le formulaire dûment rempli et signé est à envoyer avec les pièces justificatives au
Ministère de la Famille et de l'Intégration/Division : Personnes handicapées
L-2919 Luxembourg**

Date :	Signature :
--------	-------------