



Antragsnummer:

--	--	--	--	--	--	--

Reserviertes Feld für
das Ministerium für Familie und Integration

Antrag auf Übernahme der Kosten bezüglich menschlicher Hilfe für Personen mit einer sensorischen Behinderung im Rahmen von :

- ☐ Beruflichen Weiterbildungen*
- ☐ Gesetzlich vorgeschriebenen Karriere- und Promotionsexamen*

* das entsprechende Kästchen ankreuzen

1. ANGABEN ZUR PERSON DES ANTRAGSTELLERS :

Name :	
Vorname :	
Hausnummer :	Strasse :
Plz :	Ort :
Tel. :	
Mobiltelefonnummer :	
E-Mail :	

2. WEITERE INFORMATIONEN :

BENÖTIGT MENSCHLICHE HILFE FÜR :

- ☐ Beruflichen Weiterbildungen*

Titel der Fortbildung :

- ☐ Gesetzlich vorgeschriebene Karriere- und Promotionsexamen*

Geben sie genau an um welches gesetzliche oder ordnungsgemäße Karriere- oder
Promotionsexamen es sich handelt :

*das entsprechende Kästchen ankreuzen

HILFE FÜR HÖRGESCHÄDIGTE MENSCHEN :

- ☐ Kommunikationshelfer (Gebärdensprachdolmetscher, ...)*
- ☐ Hilfe beim Verarbeiten von vorgestellten Informationen / Inhalten*
- ☐ Andere menschliche Hilfe *

*das entsprechende Kästchen ankreuzen

Kostenvoranschlag : Datum : von bis

HILFE FÜR SEHBEHINDERTE MENSCHEN :

- ☐ Hilfe beim Anreisen an unbekannte Orte*
- ☐ Hilfe beim Verarbeiten von Informationen / Inhalten, die mit visuellen Hilfsmitteln vorgestellt werden*
- ☐ Andere menschliche Hilfe*

Kostenvoranschlag : Datum : von bis

DOKUMENTE :

die diesem Formular beizufügen sind :

- Kopie des Arbeitsvertrages / Kopie der Ernennung im öffentlichen Dienst
- Programm und Dauer der Ausbildung

die nach der Teilnahme an der Schulung an das Ministerium für Familie und Integration zu senden sind :

- Teilnahmebescheinigung an der Ausbildung / Prüfung / am Examen

ZUSÄTZLICHE BEDINGUNG :

Der Antrag auf Übernahme der Kosten muss vor Beginn der Ausbildung oder des Examens eingereicht werden !

Das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular ist mit den entsprechenden Belegen an folgende Adresse zu senden :

Ministerium für Familie, Integration und die Großregion
Division II Personen mit Behinderungen
L-2919 Luxembourg
sekretariatDGS@fm.etat.lu

Datum : 	Unterschrift :
---------------------------------	--