



**Bestellung des Gebärdensprachdolmetschers
für hörgeschädigte Personen im Rahmen eines:**

- ☐ Termins bei einem Ministerium, einer Behörde/staatlichen Verwaltung*
- ☐ Vorstellungsgespräches beim Staat*

* das entsprechende Kästchen bitte ankreuzen

Angaben zum Auftraggeber:

Ministerium / Verwaltung:
Name:
Vorname:
Funktion:
Adresse:
E-Mail :
Tel. Nummer:

Angaben zur hörgeschädigten Person:

Name:
Vorname:
Adresse:
E-Mail :
Tel. Nummer:

Angaben zum Termin:

Datum:
Uhrzeit: von Uhr bis Uhr
Wohin soll der Dolmetscher kommen? Adresse:
Worum geht es?
Welche Sprache wird gesprochen? ☐ Luxemburgisch ☐ Deutsch ☐ Französisch ☐ Andere:

Kosten:

Die hörgeschädigte Person muss den Gebärdensprachdolmetscher <u>nicht</u> bezahlen.
--

Das **ausgefüllte und unterschriebene Formular** ist

- * an folgende Adresse zu senden:

Ministerium für Familie, Integration und die Großregion
Division II Personen mit Behinderung
L-2919 Luxembourg

- * oder an folgende E-Mail-Adresse zu senden: sekretariatDGS@fm.etat.lu

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

Die Bestellung eines Gebärdensprachdolmetschers muss mindestens 2 Wochen vor dem Termin beim Familienministerium eingereicht werden.