DIE REGIERUNG
DES GROSSHERZOGTUMS LUXEMBURG
Ministerium für Familie, Solidarität,
Zusammenleben und Unterbringung
von Flüchtlingen

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 : |
|---|---|
| | |