



Für hörgeschädigte Personen **Bestellformular Gebärdensprachdolmetscher**

Informationen über mich:

Name: _____

Adresse:

Handy:

E-Mail:

Ich bekomme Zulagen:

- von der Pflegeversicherung (assurance dépendance),
 - von dem Fonds National de Solidarité (FNS).
 - Ich bekomme keine Zulagen und schicke einen Beleg mit.

Ich möchte die Rechnung:

- per Mail bekommen,
 - per Post bekommen.

Informationen zum Termin:

Wann ist der Termin?

Datum:

Wo ist der Termin? (Adresse, online ...)

Adresse:

Gesprächspartner:

Telefon:

Mail:

Welche Sprache spricht der Gesprächspartner?

- Luxemburgisch Deutsch Französisch

Worum geht es? (Arzttermin, Versammlung, ...)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die „**Regelung über die Bestellung und die Kosten von Gebärdensprachdolmetscher und Schriftdolmetscher**“ **Stand November 2020** gelesen habe und mich mit den Bedingungen einverstanden erkläre.

Datum :

Unterschrift:



Maison Greisch
Tel: 26 52 14 60
B.C.S. Luxembourg F340

166, rue de Beggen
www.hoergeschaedigt.lu
Agrément ministériel:

L-1220 Luxembourg
info@hoergeschaedigt.lu
SICB 2022/6