

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

(Application des articles L. 553-1 à L. 553-6 du Code du travail)

Références du dossier

Référence Demande d'assistance telle que communiquée dans la décision notifiée par l'ADEM :

Nom et Prénom du salarié : _____

Matricule du salarié : _____

Nous, « Nom et Prénom du salarié » et « Nom et Prénom de l'employeur » demandons la prise en charge des prestations d'assistance relatives au projet individualisé d'inclusion n° _____

Les soussignés certifient que les informations indiquées ci-dessus, sont complètes, authentiques et exactes.

Signatures

Salarié (tuteur, le cas échéant)

Employeur

Fait à

Fait à

Le

Le

Ce formulaire dûment complété et signé, ainsi que les justificatifs sont à adresser par voie postale à « ADEM – A l'attention de Mme la Directrice de l'ADEM BP 2208 L-1022 LUXEMBOURG (HAMM) » ou par voie électronique à info.inclusion@adem.etat.lu

Réservé à l'ADEM

Date de réception de la demande de prise en charge :

Projet d'inclusion n° :

Décision :

Accordé Refusé

Date transmission de la décision :