



Service des cartes d'invalidité

L-2933 Luxembourg

DEMANDE DE CARTE D'INVALIDITE

Je soussigné(e)

Nom _____ ⁽¹⁾

prénoms _____

matricule _____ caisse de maladie _____

demeurant à _____ code postal _____

rue et numéro _____

sollicite par la présente une **carte d'invalidité**.

(Renseignements supplémentaires:

| Je suis bénéficiaire | oui | non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) d'une rente de la part du service des dommages de guerre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) d'une rente d'accident de travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) d'une carte d'invalidité A et sollicite la carte d'Invalidité B ou C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) d'une carte d'invalidité A, B, C et en déclare la perte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En annexe je joins **deux photographies récentes** (type «passeport»); ci-après vous trouverez le **certificat requis de ma commune de résidence / de mon employeur**

Fait à _____ le _____

signature ⁽²⁾

Remarques:

⁽¹⁾ pour les femmes mariées ou veuves, il faut également indiquer le nom de jeune fille;

⁽²⁾ pour les mineurs la demande est à établir par les personnes exerçant l'autorité parentale, de même en cas de tutelle.

CERTIFICAT DE LA COMMUNE DU DOMICILE DU REQUERANT

(à remplir seulement pour les personnes résidant au Grand-Duché)

L'administration communale de **STEINFORT**

à **STEINFORT**

certifie par la présente l'exactitude des renseignements relatifs à l'état civil et au domicile relevés à la page précédente et que les photographies jointes sont celles du requérant.

Fait à **STEINFORT** le _____

(signature et tampon)

(nom et qualité)

Le présent certificat est délivré libre de frais et taxes, conformément à l'article 7 de la loi du 23 décembre 1978 concernant les cartes de priorité et d'invalidité.

CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR

(à remplir uniquement pour les personnes domiciliées à l'étranger et travaillant régulièrement au pays)

L'employeur _____
(nom et raison sociale)

établi à _____
(adresse exacte)

certifie par la présente que la personne désignée à la page précédente est occupée à ses services en qualité de _____ depuis le _____

et qu'elle travaille régulièrement au Grand-Duché de Luxembourg.

Il est certifié en outre que les photographies jointes sont celles du requérant.

Fait à _____ le _____

(signature et tampon)

(nom et qualité)

Soit la présente demande transmise
au Contrôle Médical de la Sécurité Sociale
avec prière d'examen et avec prière de bien vouloir remplir le questionnaires ci-après.

Luxembourg, le
Pour le Ministre de l'Intérieur
et à la Grande Région
psd

QUESTIONNAIRE

(Réservé au Contrôle Médical de la Sécurité Sociale)

a) L'invalidité est-elle permanente
provisoire

b) en cas d'invalidité provisoire
jusqu'à quelle date présumée persistera-t-elle? _____

c) Le degré d'invalidité s'élève à _____

d) Le requérant souffre-t-il d'une invalidité lui rendant la station debout ou la marche pénibles?
(à remplir seulement si l'invalidité totale est inférieure à 50%)

e) Le requérant souffre-t-il d'une invalidité telle qu'il ne peut se déplacer sans l'aide d'une personne accompagnatrice?

Soit la présente demande retournée à Monsieur le Ministre de l'Intérieur avec l'avis demandé.

Luxembourg, le _____
