



**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? <input type="checkbox"/> Luxemburgisch <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Andere:

**Kosten:**

Die hörgeschädigte Person muss den Gebärdensprachdolmetscher <b>nicht</b> 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](mailto:sekretariatDGS@fm.etat.lu)

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

---

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