



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.

Wie möchtest du deine Rechnung bekommen?

- E-Mail
- Post

Informationen zum Termin:

Wann ist der Termin?

Am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr.

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

Adresse: _____

Gesprächspartner: _____ Telefon: _____

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
R.C.S. Luxembourg F340

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

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