



DEMANDE D'OCTROI D'UN CONGE D'ACCOMPAGNEMENT D'UNE PERSONNE EN FIN DE VIE

La demande est à adresser à : CNS
Service Congé d'accompagnement
L-2979 Luxembourg
Tel: 2757 - 4056 / Fax: 2757 - 4080

Par la présente, le (la) soussigné(e)

_____ (nom et prénom du demandeur)
Année Mois Jour N°Ctr
[][][][] [][] [][] [][][][]
(matricule du demandeur)

demeurant à _____

demande l'octroi d'un congé d'accompagnement pour la personne en fin de vie :

_____ (nom et prénom de la personne en fin de vie)
Année Mois Jour N°Ctr
[][][][] [][] [][] [][][][] (1)
(matricule de la personne en fin de vie)

demeurant à _____

Pour bénéficier du congé d'accompagnement, les conditions d'octroi sont les suivantes : (2)

• L'attestation pour l'octroi d'un congé d'accompagnement établie par le médecin traitant de la personne en fin de vie
(à joindre obligatoirement à la demande)

• Le demandeur déclare avoir le lien de parenté suivant avec la personne en fin de vie :

<input type="checkbox"/> conjoint(e)	<input type="checkbox"/> père / mère	<input type="checkbox"/> frère / sœur
<input type="checkbox"/> fils / fille	<input type="checkbox"/> beau-père / belle-mère	<input type="checkbox"/> beau-frère / belle-sœur
<input type="checkbox"/> beau-fils / belle-fille		

Si plusieurs bénéficiaires vont se partager le congé d'accompagnement, indiquer si possible les noms et prénoms des autres bénéficiaires

_____ (nom et prénom d'un autre bénéficiaire que le demandeur)	Année Mois Jour N°Ctr [][][][] [][] [][] [][][][] (matricule de l'autre bénéficiaire)
_____ (nom et prénom d'un autre bénéficiaire que le demandeur)	Année Mois Jour N°Ctr [][][][] [][] [][] [][][][] (matricule de l'autre bénéficiaire)
_____ (nom et prénom d'un autre bénéficiaire que le demandeur)	Année Mois Jour N°Ctr [][][][] [][] [][] [][][][] (matricule de l'autre bénéficiaire)
_____ (nom et prénom d'un autre bénéficiaire que le demandeur)	Année Mois Jour N°Ctr [][][][] [][] [][] [][][][] (matricule de l'autre bénéficiaire)

Adresse à laquelle il faut envoyer le carnet d'accompagnement (si autre que celle du demandeur)

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

Fait à _____ , le _____

(signature du demandeur)

- (1) En cas d'absence d'un numéro matricule luxembourgeois pour la personne en fin de vie, une copie de l'acte de naissance ou du livret de famille de la personne en fin de vie est à joindre à la présente déclaration
- (2) 5 jours ouvrables ou 40 heures au maximum par personne en fin de vie par an