



Ministère de l'Intérieur
Cartes d'invalidité
B.P. 10
L-2010 LUXEMBOURG

DEMANDE D'UNE CARTE D'INVALIDITE

Je soussigné(e)

Nom de naissance _____

Prénoms _____

N° d'identification _____ caisse de maladie _____

demeurant à _____ code postal _____

rue et numéro _____

No téléphone _____

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 B et sollicite la carte d'invalidité C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) d'une carte d'invalidité A No _____ et en déclare la perte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) d'une carte d'invalidité B No _____ et en déclare la perte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) d'une carte d'invalidité C No _____ et en déclare la perte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je joins, en annexe, **deux photographies récentes** (type «passeport»). Ci-après vous trouverez le **certificat requis de ma commune de résidence/de mon employeur**.

Fait à _____ le _____

signature ⁽¹⁾

Remarque: (1) pour les mineurs, la demande doit être signée par les personnes exerçant l'autorité parentale, en cas de tutelle, par le tuteur.

CERTIFICAT DE LA COMMUNE DE RESIDENCE DU REQUERANT
(à remplir seulement pour les personnes résidant au Grand-Duché)

L'administration communale de _____

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

Fait à _____ le _____

(signature et cachet)

(nom et qualité)

Le présent certificat est délivré libre de frais et taxes, conformément à l'article 7 de la loi modifiée 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 cachet)

(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 questionnaire ci-après.

Luxembourg, le
Pour le Ministre de l'Intérieur
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 _____
