

INDEPENDANTS
et
PERSONNES SANS PROFESSION

Case réservée au Ministère

Date d'entrée:

N°

CONGE POLITIQUE - ANNEE 20__
DEMANDE D'INDEMNISATION

Bénéficiaire du congé politique:

Prénom: _____ Nom: _____
N° d'identification: _____ Téléphone: _____
(13 positions obligatoires)
Commune: _____ Courriel: _____

Affiliation et occupation salariée:

Prière de joindre un **certificat d'affiliation** du Centre Commun de la Sécurité Sociale pour l'année 20__.
Ce certificat peut être obtenu au téléphone 40141-1 ou sur le site ccss.public.lu
en précisant la plage d'observation: **occupations à partir du 01/01/20__**

Relevé du nombre d'heures de congé politique à indemniser:

| Mois | Indemnité mensuelle de référence en vigueur au 1 ^{er} du mois (1) | Indemnité horaire de référence (2) = (1) / 173 | Indemnité horaire 200%* (3) = (2) * 200% | Nombre d'heures à indemniser (4) | Indemnité totale (5) = (3) * (4) |
|--------------|--|--|--|----------------------------------|----------------------------------|
| Janvier | | | | | |
| Février | | | | | |
| Mars | | | | | |
| Avril | | | | | |
| Mai | | | | | |
| Juni | | | | | |
| Juillet | | | | | |
| Août | | | | | |
| Septembre | | | | | |
| Octobre | | | | | |
| Novembre | | | | | |
| Décembre | | | | | |
| Total | | | | | |

Le/La soussigné(e) a-t-il (elle) bénéficié d'un régime statutaire (pension de vieillesse, d'invalidité, préretraite) en 20__ ? Oui Non

Le/La soussigné(e) déclare avoir exercé par ailleurs l' (les) activité(s) professionnelle(s) suivante(s) pendant l'année 20__ :

| du | au | Activité professionnelle: h / semaine | Tâche normale à plein temps: h / semaine | Taux d'occupation | Employeur |
|----|----|---------------------------------------|--|-------------------|-----------|
| | | | | % | |
| | | | | % | |
| | | | | % | |

Le/La soussigné(e) déclare sincère, véritable et non indemnisé le montant total indiqué ci-avant de: _____

et sollicite par la présente un versement au compte suivant:

Titulaire(s) du compte: _____

BIC: _____

IBAN: _____

La demande dûment remplie et signée, accompagnée du **certificat d'affiliation**, est à envoyer pour le **30 septembre 20__** au plus tard à l'adresse suivante:

Demande certifiée exacte, le _____

Ministère de l'Intérieur
Direction des Finances communales
B.P. 10
L - 2010 Luxembourg

Le bénéficiaire du congé politique (*signature*)