**Demande d’allocation pour le maintien du niveau de vie pour l’année 2025**

**Le(a) requérant(e) peut obtenir de la part de l’Office Social une allocation de maintien du niveau de vie correspondant à 30% du montant maximum accordé par le FNS (Fonds National de Solidarité) en tant qu’allocation de vie chère.**

**En outre les personnes ayant à charge un enfant handicapé de moins de 18 ans peuvent bénéficier d’une aide financière de 150.-€ sans se prévaloir de la preuve de l’obtention de l’allocation de vie chère du FNS (Fonds National de Solidarité).**

La procédure suivante doit être respectée :

1. **Introduction de la demande avant le 31.12.2025 (date d’entrée faisant foi)**

**auprès de l’Office Social/OSSTELO, 1, rue des Prés à L - 7333 Steinsel.**

1. **Validation de la demande par l’envoi, dès réception, d’une copie de la décision d’octroi de l’allocation de vie chère pour l’année 2025 du Fonds National de Solidarité et le relevé d’identité bancaire.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Le (La) soussigné(e)****(Nom et prénom)** |  |
| **demeurant à:****Résidence effective depuis le :****Lieu de résidence précédent :****Nationalité :** | N° & rue :Code postal & localité : |
|  |
| N° & rue :Code postal & localité : |
|  |
| **Banque :** **(joindre relevé d’identité bancaire)** |  |
| **Etat civil :** |  |
| **Enfants à charge de moins de 18 ans atteints d’un handicap:**(Indiquer les dates de naissance)**zu Lasten gehende Kinder unter 18 Jahre die eine Behinderung aufweisen:**(Geburtsdaten angeben) |  |  |  |
| **No. Tél. / Adresse email** |  / |  |  |

**Je déclare avoir rempli cette demande avec sincérité et exactitude et je suis conscient(e) du fait qu’en cas de déclarations inexactes ou incomplètes l’aide ainsi obtenue est à restituer.**

**Ich bestätige diesen Antrag wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben und bin mir bewußt, daß falsche oder unvollständige Angaben die Rückzahlung der bewilligten Zulagen nach sich ziehen.**

**06**

 **Steinsel, le/den \_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(Signature/Unterschrift)**

**Pour de plus amples renseignements nos assistantes sociales se tiendront à votre disposition. (Tel 20.80.02.35.20 ou 21 ou 22 ou 25)**

**Für weitere Fragen steht Ihnen unsere sozialen Fürsorgerinnen zur Verfügung.**

**(Tel 20.80.02.35.20 oder 21 oder 22 oder 25)**

**Le(a) requérant(e) peut obtenir de la part de l’Office Social une allocation de maintien du niveau de vie correspondant à 30% du montant maximum accordé par le FNS (Fonds National de Solidarité) en tant qu’allocation de vie chère.**

**En outre les personnes ayant à charge un enfant handicapé de moins de 18 ans peuvent bénéficier d’une aide financière de 150.-€ sans se prévaloir de la preuve de l’obtention de l’allocation de vie chère du FNS (Fonds National de Solidarité).**

**Dem(r) Antragsteller (in) kann seitens des Sozialamtes eine Zulage von maximal 30% der Teuerungszulage seitens des FNS (Fonds National de Solidarité) erteilt werden.**

**Zudem kann auch eine finanzielle Hilfe von 150.-€ pro Kind unter 18 Jahren das zu Lasten des Antragstellers geht und das ein Handikap oder eine anerkannte Behinderung aufweist, erteilt werden. In diesem Fall braucht der (die) Antragsteller(in) keinen Nachweis über die Gewährung der Teuerungszulage des FNS (Fonds National de Solidarité) zu erbringen.**