



Service des cartes d'invalidité

L-2933 Luxembourg

## DEMANDE DE CARTE D'INVALIDITE

Je soussigné(e)

Nom \_\_\_\_\_ <sup>(1)</sup>

prénoms \_\_\_\_\_

matricule \_\_\_\_\_ caisse de maladie \_\_\_\_\_

demeurant à \_\_\_\_\_ code postal \_\_\_\_\_

rue et numéro \_\_\_\_\_

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 A, B, C et en déclare la perte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En annexe je joins **deux photographies récentes** (type «passeport»); ci-après vous trouverez le **certificat requis de ma commune de résidence** / de mon employeur

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
signature <sup>(2)</sup>

---

### Remarques:

<sup>(1)</sup> pour les femmes mariées ou veuves, il faut également indiquer le nom de jeune fille;

<sup>(2)</sup> pour les mineurs la demande est à établir par les personnes exerçant l'autorité parentale, de même en cas de tutelle.

## CERTIFICAT DE LA COMMUNE DU DOMICILE DU REQUERANT

(à remplir seulement pour les personnes résidant au Grand-Duché)

L'administration communale de \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

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

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(signature et tampon)

\_\_\_\_\_  
(nom et qualité)

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

\_\_\_\_\_  
(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 questionnaires ci-après.

Luxembourg, le  
Pour le Ministre de l'Intérieur  
et à la Grande Région  
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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_