

Imprimer**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:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(13 positions obligatoires)

Téléphone:

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.luen précisant la plage d'observation: **occupations à partir du 01/01/20__****Demander un certificat d'affiliation****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 400% de (2) (3)	Nombre d'heures à indemniser (4)	Indemnité totale (5) = (3) * (4)
Janvier	3 165,35	18,2968	73,1873		
Février	3 165,35	18,2968	73,1873		
Mars	3 165,35	18,2968	73,1873		
Avril	3 165,35	18,2968	73,1873		
Mai	3 244,48	18,7542	75,0169		
Juin	3 244,48	18,7542	75,0169		
Juillet	3 244,48	18,7542	75,0169		
Août	3 244,48	18,7542	75,0169		
Septembre	3 244,48	18,7542	75,0169		
Octobre	3 244,48	18,7542	75,0169		
Novembre	3 244,48	18,7542	75,0169		
Décembre	3 244,48	18,7542	75,0169		
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:Ministère des Affaires intérieures
Direction générale des Affaires communales
Département des Finances communales
B.P. 10
L-2010 Luxembourg

Demande certifiée exacte, le

Le bénéficiaire du congé politique (*signature*)