

ANTRAG AUF GEWÄHRUNG EINER LOHNAUSGLEICHSZULAGE
Berufliche Wiedereingliederung
(Gemäß Artikel L551-2 (3) des Arbeitsgesetzbuches)

Sozialversicherungsnummer:

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

Name:

Vorname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Land:

Tel.:

E-Mail:

Arbeitgeber:

Identifikationsnummer:

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

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Land:

Tel.:

Hiermit beantrage ich die Gewährung einer Lohnausgleichszulage nach den oben genannten gesetzlichen Bestimmungen.

Ort:

Datum:

Unterschrift

Diesem Formular müssen folgende Unterlagen beigelegt werden:

- Kopie des alten Arbeitsvertrags, der vor der beruflichen Wiedereingliederung gültig war
- Kopie des neuen Arbeitsvertrags oder des Änderungsvertrags
- Kopie der vom zuständigen Arbeitsmediziner ausgestellten Bescheinigung über die Eignung für den neuen Arbeitsplatz (die ärztliche Untersuchung muss nach der Entscheidung über die berufliche Wiedereingliederung stattgefunden haben)
- Bescheinigung der Bankverbindung (RIB)

Aus Datenschutzgründen werden nur Daten erhoben, die für die Bearbeitung Ihres Antrags auf Gewährung einer Lohnausgleichszahlung erforderlich sind. Stellen Sie uns bitte daher nur die in diesem Formular angeforderten Daten und Dokumente zur Verfügung. Nicht benötigte Unterlagen werden im Fall von Kopien vernichtet. Originalunterlagen werden per Post an Sie zurückgesendet.

Bitte beachten Sie: Aus Datenschutzgründen wird eine Kopie Ihrer Bankkarte nicht mehr akzeptiert.

Zusätzliches Dokument für Personen in außerbetrieblicher beruflicher Wiedereingliederung:

- Eine Kopie der letzten Gehaltsabrechnung des letzten Arbeitgebers

Zusätzliches Dokument für Personen, die sich in einer innerbetrieblichen beruflichen Wiedereingliederung befinden und ihre Stelle gewechselt haben:

- Kopie des Tarifvertrags oder ggf. der im Unternehmen geltenden Gehaltstabelle

Bitte beachten Sie:

Ihr Antrag auf Gewährung einer Lohnausgleichszulage (Formular) muss innerhalb einer Frist von 6 Monaten nach Beginn Ihres neuen Arbeitsvertrags bzw. des Änderungsvertrags eingereicht werden, auch wenn Sie nicht über alle erforderlichen Unterlagen verfügen! Nach Ablauf dieser Frist verlieren Sie Ihren Anspruch auf Gewährung einer Lohnausgleichszulage.

Ihr Antrag wird erst bearbeitet, wenn er vollständig ist und alle oben genannten Unterlagen eingegangen sind.

Das Formular muss vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurückgesendet werden an:

Agence pour le développement de l'emploi (ADEM)
Aides financières pour particuliers
19, rue de Bitbourg
L-1273 Luxembourg-Hamm

Postanschrift:
B.P. 2208
L-1022 Luxembourg

E-Mail Adresse: info-ic@adem.etat.lu

Dieser Antrag enthält personenbezogene Daten, die in unserem Informatiksystem gespeichert werden, um die Bearbeitung Ihres Antrags auf Gewährung der Ausgleichszulage ("indemnité compensatoire", IC) zu gewährleisten. Die ADEM behält sich das Recht vor, die Richtigkeit der Angaben zu Ihrer Anmeldung (Zeitraum, Arbeitszeit, Arbeitgeber und gemeldeter Lohn) beim Centre Commun de Sécurité Sociale zu überprüfen. Diese Daten werden gemäß der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (DSGVO) und den einschlägigen nationalen Rechtsvorschriften für den Zeitraum verarbeitet und aufbewahrt, der für die Erfüllung unserer Verpflichtungen erforderlich ist. Weitere Informationen sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten (DSB) zur Geltendmachung Ihrer durch die DSGVO verliehenen Rechte finden Sie auf der Website <http://adem.public.lu/fr/support/protection-des-donnees/index.html>