



OFFICE SOCIAL DE WALFERDANGE
PLACE DE LA MAIRIE
BOÎTE POSTALE 1
L-7201 WALFERDANGE

DEMANDE EN OBTENTION D'UNE ALLOCATION DE VIE CHÈRE DE LA COMMUNE DE WALFERDANGE année 2024

Demandeur

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal & Localité : _____
Numéro de tél. : _____
Matricule : _____

Veuillez indiquer le montant de l'allocation de vie chère 2024 qui vous a été accordé par le Fonds National de Solidarité : _____ €

Membres du ménage

Nom & Prénom	Matricule

En cas d'accord, l'Allocation de vie chère est à virer au compte bancaire suivant :

Nom : _____ Prénom : _____

N° de compte bancaire : LU _____

Nom de la banque/CCP : _____

Walferdange, le _____

Signature :

Veuillez renvoyer ce formulaire complété et muni d'une copie de l'accord du Fonds National de Solidarité jusqu'au 31 mars 2025 au plus tard à l'Office Social Walfer.

Réservé à l'administration
Montant de l'allocation de vie chère de la commune de Walferdange : _____ €