



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 2025

### Demandeur

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

Veuillez indiquer le montant de l'allocation de vie chère 2025 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 2026 au plus tard à l'Office Social Walfer.**

Réservé à l'administration

Montant de l'allocation de vie chère de la  
commune de Walferdange : \_\_\_\_\_ €