



## **Demande d'admission Beteit Wunnen fir Jonk Leit**

Référence : DA v.2023-02-BW  
Version : v2.0 du 08.02.2023  
Version remplacée : v1.0 du 04-2022

**Demande d'admission à envoyer à l'adresse suivante :**

**Beteit Wunnen fir Jonk Leit**  
406, route de Thionville  
L-5884 Hesperange

Nom de la/du demandeuse/eur : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM(S) : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

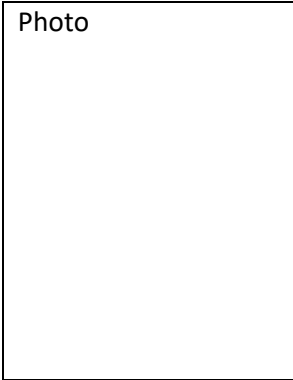
SEXE :  F  M  Autre

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Matricule nationale :

Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Nationalité(s): \_\_\_\_\_



### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Adresse : \_\_\_\_\_  
(Déclarée)

Adresse : \_\_\_\_\_  
(Actuelle)

GSM : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

Statut :  pas de statut particulier  statut handicapé  
 BPI- Bénéficiaire de protection international → depuis : \_\_\_\_\_

(Un demandeur avec le statut DPI- Demandeur de protection international, n'est pas pris en considération)

Langues : Langue maternelle : \_\_\_\_\_

Luxembourgeoise : 00000

Allemande : 00000

Française : 00000

Autre(s) : \_\_\_\_\_

(Il faut parler couramment au moins une des trois langues administratives luxembourgeoises)



**SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE**

**Statut :**       Apprenti(e)       Salarié(e)       Job étudiant

**Employeur** : \_\_\_\_\_

**Adresse** : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Personne de contact** : \_\_\_\_\_

**Type de contrat** : \_\_\_\_\_ /hrs par sem.  
 (CDD, CDI, CAE etc...)

**Début du contrat** : \_\_\_\_\_

**Fin du contrat** : \_\_\_\_\_

**EXPERIENCES PROFESSIONNELLES** (emplois, stages, jobs étudiants)

ANNEES	DUREE	EMPLOYEURS

**Remarques complémentaires :**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### SITUATION FINANCIERE

REVENUS	MONTANTS
Allocation familiale	
Subsides en maintien scolaire (SMS)	
Contrat de travail ordinaire	
Contrat de travail (Apprenti/ Jeune adulte)	
Job étudiant	
Indemnités de chômage/ REVIS	
Pension alimentaire	
Pension d'orphelin	
Autres : _____ (Veuillez préciser)	

DEPENSES ACTUELLES (par mois)	MONTANTS
Loyer et charges	
Frais de véhicules (prêts, assurance, impôts, carburant etc..)	
Abonnement GSM	
Abonnement sportif (fitness, club de sport etc..)	
Autres : _____ (Veuillez préciser)	
Dettes (factures non payées etc..) : _____ _____ (Veuillez préciser)	

**Remarques complémentaires :**

---



---

**QUESTIONS SUPPLEMENTAIRES**

**Consommez-vous des substances illicites ?**

OUI  \*      NON

\* Si OUI, veuillez décrire la fréquence et le type de la consommation :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Êtes-vous prêt à passer un test de dépistage de drogues ?**

OUI       NON  \*

\* Si NON, veuillez en expliquer la raison :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Avez- vous été condamné(e) en tant qu'adulte ?**

OUI  \*      NON

\* Si OUI, veuillez préciser :  
(Délit/crime/jugement/sursis)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Avez-vous été condamné(e) à une peine d'emprisonnement ?**

OUI  \*      NON

\* Si OUI, veuillez préciser :  
(Délit/crime/jugement/durée/sursis)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Êtes-vous ou avez-vous déjà été sans-abri ?**

OUI  \*      NON

\* Si OUI, veuillez préciser :  
(Combien de jours et dans quelle(s) période(s))

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Êtes-vous ou avez-vous été bénéficiaire de bons d'hébergement d'urgence ?**

OUI  \*      NON

\* Si OUI, veuillez préciser :  
(Combien de jours et dans quelle(s) période(s))

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Avez- vous déjà fréquenté d'autres structures ?** (Si OUI, veuillez compléter le tableau ci-dessous)

ETABLISSEMENTS	LIEUX	DUREE
Foyer(s) pour mineurs		
CSEE et/ou UNISEC		
Psychiatrie(s) juvénile		

Internat(s)		
Psychiatrie(s) générale/ Hôpital du jour		
Foyer(s) pour réfugiés (DPI)		
Foyer(s) pour réfugiés (BPI)		
Logement(s) encadrée(s)		
Structure(s) d'hébergement pour jeunes (Jugendwunnen)		
Foyer(s) pour sans-abris		

**SERVICES SOCIAUX CONSULTES**

**Demande soutenue par** (Nom et fonction) : \_\_\_\_\_  
**Nom du service** : \_\_\_\_\_  
**Téléphone** : \_\_\_\_\_  
**E-Mail** : \_\_\_\_\_

**Office social** (commune de) : \_\_\_\_\_  
**Personne de contact** : \_\_\_\_\_

**ONE- l'office national de l'enfance**

(Projet d'autonomisation- FG8)

**Demande envoyée le** : \_\_\_\_\_  
**Personne de contact** : \_\_\_\_\_ **RDV le** \_\_\_\_\_  
**Avis positif**  depuis : \_\_\_\_\_  
**Avis négatif**  indiquée la raison : \_\_\_\_\_  
**Pas de réponse**  indiquée la cause : \_\_\_\_\_

**Autres professionnels qui vous soutiennent ?** (Si OUI, veuillez préciser le nom et la fonction exacte)

Psychologue(s) : \_\_\_\_\_  
 Psychiatre(s) : \_\_\_\_\_  
 Assistance(s) en famille : \_\_\_\_\_  
 Autre(s) : \_\_\_\_\_

**Avez- vous déjà pris contact avec les autres structures d'hébergement pour jeunes/ Jugendwunnen ?**

JUGENDWUNNEN	OUI ou NON	QUAND ?
Etape 21- Wunnéngshëllef a.s.b.l. (Lux- Ville)		
Jugendwunnen- Nordstadjugend a.s.b.l. (Diekirch)		
Jugendwunnen am Quartier Arboria- Croix- Rouge (Differdange)		
Jugendwunnen Al Schoul- Commune de Mondercange (Bergem)		
Maison Marie Felten- Service communal de la Jeunesse de Mondorf-les-bains		
Résidence Diva- Service Jeunesse Ville d'Esch (priorité aux jeunes eschois)		
Jugendwunnen Rëmeleng- Service Jugendwunnen Ville de Rumelange		
Jugendwunnen Leideleng- Inter-Actions- Maison des jeunes Leudelage		
De WG Projet- Life a.s.b.l. (Ville de Lux./Differdange)		
Autre(s)		

**Remarques complémentaires:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**SITUATION LOGEMENT ET SOCIAL**

**Expliquez votre motif de la demande :**

---

---

---

---

---

---

**Expliquez votre situation de logement actuelle :**

---

---

---

---

---

---

**Expliquez votre situation familiale :**

---

---

---

---

---

---

**Expliquez les objectifs que vous souhaitez atteindre au cours des trois prochaines années :**

---

---

---

---

---

---

Remarques complémentaires :

---

---

---

---

---

### INFORMATIONS IMPORTANTES

- La demande d'admission doit être remplie et signée à la main par la/le demandeuse/eur elle/lui-même, sinon la demande ne sera pas prise en compte.
- Une demande incomplète ne sera pas prise en considération
- Par sa signature la/le demandeuse/eur certifie que toutes les informations de la présente demande sont complètes et exactes. Elle/il s'engage à signaler tout fait susceptible d'affecter les conditions d'admission.
- En matière de protection des données, l'institution s'engage à traiter chaque dossier en toute confidentialité et à respecter le secret professionnel.

Vous trouverez de plus amples informations sur notre site web « [www.betreitwunnenhesper.lu](http://www.betreitwunnenhesper.lu) »

Pour rappel → La demande d'admission est à envoyer à l'adresse suivante :

#### **Betreit Wunnen fir Jonk Leit**

406, route de Thionville  
L-5884 Hesperange

Lu et approuvé

Signature de la/du demandeuse/eur