



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) : _____

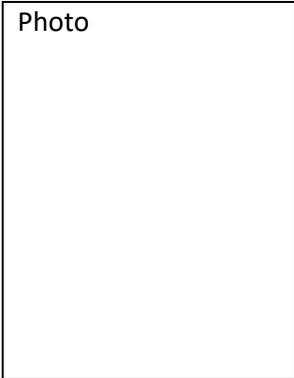
SEXE : F M Autre

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 »

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