



Freie Stelle für eine Aktivierungsmaßnahme Zeitlich begrenzte Zuweisung an eine gemeinnützige Beschäftigung

[Abgeändertes Gesetz vom 28. Juli 2018 über das Einkommen zur sozialen Eingliederung](#)



Wichtig: Das ausgefüllte Formular bitte per mail verschicken an offreposte@onis.etat.lu oder über den Postweg an oben genannte Adresse.

Diese interaktive Seite erfordert mindestens die Version 8.1.3 von Adobe Acrobat® Reader®. Die neueste Version von Adobe Acrobat Reader für alle Systeme (Windows®, Mac, usw.) kann kostenlos über die Website von [Adobe Systems Incorporated](http://www.adobe.com) heruntergeladen werden.

1. Anfrage

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder

1. Angaben zum Beschäftigungsträger

Gesetzliche Bezeichnung *:	<input type="text"/>		
Kontaktperson *:	<input type="text"/>		
Hausnummer, Straße *:	<input type="text"/>		
Ortschaft *:	<input type="text"/>	PLZ*:	<input type="text"/>
Telefonnummer *:	<input type="text"/>	E-Mail *:	<input type="text"/>

2. Beschreibung der Stelle im Rahmen der Aktivierungsmaßnahme

Tätigkeit *:	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Genauere Angaben und eventuelle besondere Anforderungen *:	<input type="text"/>
--	----------------------

Anzahl der Stellen *:	<input type="text"/>	Risikobehaftete Stelle *:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Arbeit an Sonntagen:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Arbeit an Feiertagen:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Erforderliche Sprachkenntnisse *:	Luxemburgisch:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
	Französisch:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
	Deutsch:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
	Andere:	<input type="text"/>			
Führerschein obligatorisch *:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Kategorie:	<input type="text"/>	



Tatsächlicher Arbeitsplatz:

(falls die Adresse von der des Beschäftigungsträgers abweicht)

Hausnummer, Straße *:

Ortschaft *: PLZ*:

Erreichbar mit öffentlichen Verkehrsmitteln *: Ja Nein

Angaben zum Verantwortlichen für die Betreuung der zugewiesenen Person

Name, Vorname *:

Tätigkeit *:

Telefonnummer *:

E-Mail *:

Anwesenheit des Verantwortlichen: Kontinuierlich Nach Bedarf

2. Unterschrift

Unterschrieben in *:

Am *:

Name, Vorname *:

(Unterschrift und Stempel)