



8-10, rue de la Fonderie  
L-1531 LUXEMBOURG  
Téléphone: 49 10 81-1  
Fax: 26 12 34 64  
Site internet: www.fns.lu

Fonds national de solidarité  
Boîte postale 2411  
L-1024 Luxembourg

Heures d'ouverture des guichets:  
Matin: 8.30 - 11.30 h

## Demande en obtention du revenu d'inclusion sociale REVIS

créé par la loi du 28 juillet 2018

### Demandeur désigné attributaire de l'allocation d'inclusion

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Matricule \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Téléphone \_\_\_\_\_ GSM \_\_\_\_\_

Langue souhaitée pour le courrier Français  Allemand

### Païement du REVIS

1) en faveur du demandeur  
Titulaire du compte bancaire \_\_\_\_\_  
Institut bancaire \_\_\_\_\_  
Numéro de compte IBAN LU \_\_\_\_\_

2) en faveur de l'organisme/du représentant légal  
Nom et prénom \_\_\_\_\_  
Matricule \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour  
Numéro de compte IBAN LU \_\_\_\_\_

### Case réservée aux organismes

Organisme ayant assisté à remplir la demande \_\_\_\_\_

Nom de l'agent \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Par sa signature le demandeur marque son accord à ce que le Fonds national de solidarité tient informé l'organisme susvisé sur l'état d'instruction de sa demande notamment en lui communiquant copies des fiches de renseignement ainsi que la décision y relative.

Signature demandeur attributaire \_\_\_\_\_

1) Prière de joindre un relevé d'identité bancaire RIB.

2) Prière de joindre une procuration ou un jugement

## Membres adultes de la communauté domestique

| Nom et prénom membre désigné attributaire | Matricule | Signature |
|---|-----------|-----------|
|   |           |           |

Une annexe est à remplir pour le membre attributaire

| Nom et prénom autres membres adultes | Matricule | Signature |
|--------------------------------------|-----------|-----------|
| 1.                                   |           |           |
| 2.                                   |           |           |
| 3.                                   |           |           |
| 4.                                   |           |           |
| 5.                                   |           |           |
| 6.                                   |           |           |

Une annexe est à remplir pour chaque demandeur adulte

## Enfants faisant partie de la communauté domestique

| Nom et Prénom | Matricule |                        | Oui                                    | Non                      |
|---------------|-----------|------------------------|--|--------------------------|
| 1.            |           | Allocations familiales | <input type="checkbox"/> <sup>3)</sup> | <input type="checkbox"/> |
|               |           | Autres revenus         | <input type="checkbox"/> <sup>3)</sup> | <input type="checkbox"/> |
| 2.            |           | Allocations familiales | <input type="checkbox"/> <sup>3)</sup> | <input type="checkbox"/> |
|               |           | Autres revenus         | <input type="checkbox"/> <sup>3)</sup> | <input type="checkbox"/> |
| 3.            |           | Allocations familiales | <input type="checkbox"/> <sup>3)</sup> | <input type="checkbox"/> |
|               |           | Autres revenus         | <input type="checkbox"/> <sup>3)</sup> | <input type="checkbox"/> |
| 4.            |           | Allocations familiales | <input type="checkbox"/> <sup>3)</sup> | <input type="checkbox"/> |
|               |           | Autres revenus         | <input type="checkbox"/> <sup>3)</sup> | <input type="checkbox"/> |
| 5.            |           | Allocations familiales | <input type="checkbox"/> <sup>3)</sup> | <input type="checkbox"/> |
|               |           | Autres revenus         | <input type="checkbox"/> <sup>3)</sup> | <input type="checkbox"/> |
| 6.            |           | Allocations familiales | <input type="checkbox"/> <sup>3)</sup> | <input type="checkbox"/> |
|               |           | Autres revenus         | <input type="checkbox"/> <sup>3)</sup> | <input type="checkbox"/> |

## Situation de logement

### Adresse légale

Numéro et rue \_\_\_\_\_

Code postal et localité \_\_\_\_\_

S'agit-il de l'adresse effective pour tous les membres du ménage?

Oui  / Non

Le ménage est

propriétaire du logement? Oui  / Non

locataire du logement? Oui  / Non

hébergé à titre gratuit? Oui <sup>4)</sup>  / Non

S'agit-il

d'une maison unifamiliale? Oui  / Non

d'un appartement? Oui  / Non

d'une chambre? Oui  / Non

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

3) Prière de joindre une pièce justificative récente

4) Prière de joindre les pièces à l'appui