

DEMANDE DE LOGEMENT

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| DATE DEMANDE : | DATE ENTRETIEN : |
|-----------------------|-------------------------|

ETAT CIVIL

| | |
|--|---|
| Nom d'usage | |
| Nom de famille | |
| Prénom | |
| Date et lieu de naissance | |
| Nationalité | |
| Si nationalité hors UE | Nature du titre de séjour : Date de validité du titre : |
| Adresse où vous vivez actuellement | |
| Adresse où le courrier doit vous être envoyé | |
| Téléphone | |
| Référent social (<i>et coordonnées</i>) | <input type="checkbox"/> Assistante Sociale <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Accompagnateur |

SITUATION FAMILIALE

| | | | |
|--------------------|--|------|-------------------|
| Vous êtes : | <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) | | |
| Vous avez : | enfants (<i>nombre d'enfants</i>) | | |
| Nom | Prénom | Sexe | Date de naissance |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Professionnels à vos côtés

| | |
|--|--|
| Accompagnement social | |
| Référente autonomie | |
| SAMSAH | |
| CMP | |
| Médecin Traitant | |
| Service de soins / Infirmière libérale | |
| Service d'aide à la personne | |
| Curateur/Tuteur | |

RESSOURCES

| Revenus | Montants |
|--|----------|
| Salaire |€ |
| Invalidité |€ |
| Prestations familiales | |
| • | € |
| • | € |
| Prestations Pole Emploi | € |
| RSA (<i>Revenu de Solidarité Active</i>) | € |
| AAH (<i>Allocation aux Adultes Handicapés</i>) | € |
| Autres : | |
| | € |
| | € |
| Total : | € |

SITUATION PROFESSIONNELLE

| Situation actuelle | |
|---|--------------------------|
| Emploi : | |
| • Type de contrat (CDI, CDD, saisonnier, intérim), éventuellement durée : | <input type="checkbox"/> |
| | |
| | |
| | <input type="checkbox"/> |
| • Apprenti / stagiaire | |
| | |
| Demandeur d'emploi : | <input type="checkbox"/> |
| Préciser le secteur / métier : | |
| | |
| | |
| Retraite | <input type="checkbox"/> |
| Sans activité | <input type="checkbox"/> |
| Autre : | <input type="checkbox"/> |
| | |
| | |

MOTIVATION DE VOTRE DEMANDE

Date et Signature du demandeur

LISTE DES DOCUMENTS A NOUS FOURNIR

- Synthèse sociale incluant le parcours résidentiel
- Carte d'identité
- Attestation d'assurance maladie
- numéro d'allocataire CAF
- Carte d'invalidité
- Avis d'imposition (année N et N-1)
- Ressources : les 3 derniers bulletins de salaire ou notification de retraite, notification chômage, d'AAH...
- Les 3 dernières quittances de loyer
- Si hebergé, un certificat d'hébergement