

## Demande d'inscription pour appartements protégés

### « L'Amandier » - Gland

Pour donner suite à votre intérêt pour un appartement protégé à «L'Amandier» à Gland, nous vous prions de remplir le questionnaire figurant ci-dessous :

#### 1. DEMANDE POUR

Personne seule

En couple

Monsieur

Madame

NOM : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date de naissance : .....

Nationalité / Permis : .....

Nationalité / Permis : .....

Etat civil : .....

Etat civil : .....

No. AVS : .....

No.AVS : .....

Adresse e-mail : .....

Adresse e-mail : .....

N° de téléphone : .....

N° de téléphone : .....

N° de natel : .....

N° de natel : .....

Adresse actuelle : .....

N° postal : .....

Localité : .....

Date d'entrée souhaitée : .....

Possédez-vous un animal ?

OUI

NON

Si oui, lequel ? .....

Pour un chien, quelle race ? .....

#### 2. TYPE ET SITUATION DE L'APPARTEMENT SOUHAITE

2 pièces

1er étage

3 pièces

2ème étage

3ème étage

4ème étage

**Disposez-vous d'un véhicule**

OUI .....  NON  
 Auto       Moto       cyclomoteur

N° de plaques : .....

Souhaitez-vous disposer d'une place de parc ?  OUI       NON

### 3. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Etes-vous actuellement :  Locataire       Propriétaire

Le nom de votre gérance actuelle : .....

A combien s'élève votre loyer actuel : .....

Depuis combien d'années êtes-vous locataire(s) : .....

Quel est le délai de résiliation de votre logement actuel : .....

Pouvez-vous verser une caution de garantie de 3 mois de loyer net (parts sociales) ?  OUI       NON

Avez-vous des poursuites en cours ?  OUI       NON

Etes-vous au bénéfice des prestations complémentaires ?  OUI       NON

Si oui, lesquelles : .....

Revenu mensuel : ..... (joindre justificatifs)

Fortune : .....

Etes-vous au bénéfice d'une RC privée ? (joindre photocopie)  OUI       NON

**Merci aux personnes vivant en couple, de répondre séparément aux questions qui suivent (no 4 à 8).**

### 4. VOS MOTIVATIONS POUR ETRE LOCATAIRE D'UN APPARTEMENT PROTEGE

(Cocher avec une croix – plusieurs réponses possibles)

Vous sentir entouré(e)  Madame       Monsieur

Pour des raisons de santé  Madame       Monsieur

Vous sentir en sécurité  Madame       Monsieur

Vivre dans un appartement qui facilite votre mobilité  Madame       Monsieur

Autre (merci de préciser) :

### 5. ACTUELLEMENT VOUS VIVEZ

A domicile, avec de l'aide  OUI       NON

Si oui, avec qui : (CMS, personne privée ou autre) .....

Pour le ménage  Madame       Monsieur

Pour les repas à domicile  Madame       Monsieur

Pour la toilette ou autres soins de base  Madame       Monsieur

Pour des soins infirmiers  Madame       Monsieur

Pour un traitement ergo  Madame       Monsieur

Pour un suivi de l'assistante sociale  Madame       Monsieur

Autre (merci de préciser) : .....

Chez un membre de votre famille  Madame  Monsieur  
 Autre (merci de préciser) : .....

## 6. GESTION ADMINISTRATIVE

Gérez-vous vous-même vos affaires administratives ? OUI  Madame  Monsieur  
 NON  Madame  Monsieur

Le cas échéant, indiquez le nom et l'adresse de la personne répondante :

.....

Etes-vous sous curatelle / tutelle ?  OUI  NON

Nom du curateur / tuteur : .....

## 7. VOTRE MOBILITE

(Cocher avec une croix – plusieurs réponses possibles)

Vous sortez et marchez seul(e)  Madame  Monsieur

Vous marchez à l'aide d'une canne / rollator (*souligné ce qui convient*)  Madame  Monsieur

Vous marchez à l'aide d'un tiers  Madame  Monsieur

Vous vous déplacez en chaise roulante  Madame  Monsieur

Autre (merci de préciser) : .....

## 8. VOTRE ETAT DE SANTE

Vous vous considérez en bonne santé OUI / NON  Madame  Monsieur

Certaines parties de votre corps vous font souffrir ou limitent votre bien-être.

Si vous le souhaitez, vous pouvez préciser : .....

.....

Comment définissez-vous votre acuité auditive et visuelle sur une échelle de 1 à 10 ?  
 (10 étant l'acuité optimale)

Madame : Acuité auditive : 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Monsieur : Acuité auditive : 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

et

Madame : Acuité visuelle : 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Monsieur : Acuité visuelle : 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Vous allez chez votre médecin :

1 à 2 fois par an  Madame  Monsieur

3 à 4 fois par an  Madame  Monsieur

1 fois par mois  Madame  Monsieur

2 fois par mois ou plus  Madame  Monsieur

Autre (*merci de préciser*) : .....

**9. AVEC QUI AVEZ-VOUS REGULIEREMENT DES CONTACTS**

- Vos enfants  
Où sont-ils domiciliés ? .....
- Vos amis  
Où sont-ils domiciliés ? .....
- Autre (merci de préciser) : .....

**10. DE VOTRE CÔTE, AURIEZ-VOUS UNE PRESTATION / UN SERVICE A OFFRIR A L'UN OU L'AUTRE DES LOCATAIRES (PERSONNE SEULE OU FAMILLE)**

Si oui, lesquels : .....

**11. NOUS VOUS REMERCIONS DE PRECISER LES ATTENTES QUE VOUS AVEZ PAR RAPPORT A VOTRE EVENTUEL EMMENAGEMENT**

.....

*Dans le cadre de l'attribution des logements protégés, une commission, constituée d'un représentant du propriétaire, d'un représentant de la commune et d'un représentant du CMS, a pour mission d'évaluer les dossiers et de statuer sur l'attribution des logements. Toutes les données accessibles à la commission sont traitées confidentiellement pour le seul but d'évaluer les dossiers et ne sont en aucun cas remis à des tiers. Tout dossier non retenu sera détruit sur demande.*

*Par ma/notre signature, je/nous autorise (autorisons) la commission à traiter confidentiellement les données contenues dans ma/notre demande d'inscription.*

Date : ..... Signature(s): .....

Joindre : Copie d'une pièce d'identité + Attestations de revenus

Merci de retourner ce questionnaire à :

**ALTERIMO – ROUTE DE PRILLY 25 – 1023 CRISSIER**