

Demande d'inscription pour appartements protégés

« Les Reflets de la Venoge » - Penthalaz

Pour donner suite à votre intérêt pour un appartement protégé à la « Résidence Les Reflets de la Venoge » - Penthalaz, 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

Rez-de-chaussée

Étages

Disposez-vous d'un véhicule

OUI

NON

Auto

Moto

Cyclomoteur

N° de plaques :

3. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Etes-vous actuellement :

Locataire

Propriétaire

Le nom de votre gérance actuelle :

A combien s'élève votre loyer actuel :

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 :

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
souligner 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 COTE, 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

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature(s):

Merci de retourner ce questionnaire à :

ALTERIMO SARL – ROUTE DE PRILLY 25 – 1023 CRISSIER