

Demande d'inscription pour logements avec encadrement

Logements avec encadrement – « Les Fleurs du Van » - Couvet

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 DU LOGEMENT SOUHAITE

☐ 2.5 pièces

☐ Rez-de-chaussée

☐ 3.5 pièces

☐ 1^{er} + 2^{ème} étage

Disposez-vous d'un véhicule
☐ OUI ☐ NON

☐ Auto

☐ Moto

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 :

Quel est le délai de résiliation de votre logement actuel :

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 ?

☐ OUI

☐ NON

4. 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 :

5. AVEC QUI AVEZ-VOUS REGULIEREMENT DES CONTACTS
☐ Vos enfants

Où sont-ils domiciliés ?

☐ Vos amis

Où sont-ils domiciliés ?

Merci aux personnes vivant en couple, de répondre séparément aux questions qui suivent (no 6 à 8).

6. VOS MOTIVATIONS POUR ETRE LOCATAIRE D'UN LOGEMENT AVEC ENCADREMENT

(Cocher avec une croix – plusieurs réponses possibles)

Vous sentir entouré(e)	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Pour des raisons de santé	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Vous sentir en sécurité	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Vivre dans un appartement qui facilite votre mobilité	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur

Autre (merci de préciser) :

7. ACTUELLEMENT VOUS VIVEZ

A domicile, avec de l'aide ☐ OUI ☐ NON

Si oui, avec qui : (Nomad, OSAD, personne privée ou autre)

Pour le ménage	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Pour les repas	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Pour la toilette ou autres soins de base	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Pour des soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Pour un traitement ergo	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Pour un suivi de l'assistante sociale	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur

Autre (merci de préciser) :

Chez un membre de votre famille ☐ Madame ☐ Monsieur

Autre (merci de préciser) :

8. VOTRE MOBILITE

(Cocher avec une croix – plusieurs réponses possibles)

Vous sortez et marchez seul(e)	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Vous marchez à l'aide d'une canne / rollator souligner ce qui convient)	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Vous marchez à l'aide d'un tiers	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Vous vous déplacez en chaise roulante	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur

☐ Autre (merci de préciser) :

9. 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 ☐

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 DANS NOTRE RESIDENCE

Date : Signature(s):

Dans le cadre de l'attribution des logements protégés, une commission, constituée d'un représentant du propriétaire, d'un représentant de la gérance et d'un représentant de Nomad, 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.

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

Merci de retourner ce questionnaire à :

ALTERIMO SARL – ROUTE DE PRILLY 25 – 1023 CRISSIER