

## Demande d'inscription pour logement adapté avec accompagnement

### « Campagne Emmanuel » - Aigle

Afin de donner suite à votre intérêt pour un logement adapté avec accompagnement à la résidence « Campagne Emmanuel » à Aigle, nous vous prions de remplir le questionnaire 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 : .....

N°AVS : .....

N°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

1<sup>er</sup> étage

3 pièces

2<sup>ème</sup> étage

3<sup>ème</sup> 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 LOGEMENT ADAPTE AVEC ACCOMPAGNEMENT

(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) :                           |                                 |                                   |

### 5. ACTUELLEMENT VOUS VIVEZ

(Cocher avec une croix – plusieurs réponses possibles)

 A domicile, avec de l'aide       OUI       NON

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

|  |                                 |                                   |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| Pour le ménage                           | <input type="checkbox"/> Madame | <input type="checkbox"/> Monsieur |
| Pour les repas à domicile                | <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) : .....

## 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)  
Où sont-ils domiciliés ? .....

**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 adaptés avec accompagnement, une commission, constituée d'un représentant du propriétaire, de la commune et 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.*

*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): .....

Merci de retourner ce questionnaire à :

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