

## Demande d'inscription pour logements adaptés avec accompagnement (LADA)

### « Les Campanules » - Gollion

Pour donner suite à votre intérêt pour un logement adapté avec accompagnement aux « Campanules » à Gollion, 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

☐ 3 pièces

☐ 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**

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) : .....

**10. DE VOTRE CÔTÉ, 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): .....

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

Merci de retourner ce questionnaire à :

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