

Demande d'inscription pour logement adapté avec accompagnement (LADA)

« Résidence Sénior - Oassis » - Crissier

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

1^{er} ou 2^{ème} étage

3.5 pièces

3^{ème} ou 4^{ème} étage

5^{ème} étage

➤ Pensez-vous utiliser régulièrement le service de restauration disponible dans la Résidence Sénior ?

OUI

NON

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
NON

Madame Monsieur
 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 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) :

7. ACTUELLEMENT VOUS VIVEZ

A domicile, avec de l'aide OUI NON

Si oui, avec qui : *(CMS, 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 adaptés avec accompagnement, une commission constituée d'un représentant du propriétaire, de la gérance 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.

Merci de retourner ce questionnaire à :

ALTERIMO SARL – ROUTE DE PRILLY 25 – 1023 CRISSIER