

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^{er} étage

3 pièces

2^{ème} étage

3^{ème} 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):

Joindre : copie d'une pièce d'identité, extrait de l'Office des Poursuites, justificatifs de revenus

Merci de retourner ce questionnaire à :

ALTERIMO – ROUTE DE PRILLY 25 – 1023 CRISSIER