

## 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<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> étage

3.5 pièces

3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> étage

5<sup>ème</sup> 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                                      | <input type="checkbox"/> OUI    | <input type="checkbox"/> NON      |
| Si oui, avec qui : <i>(CMS, OSAD, personne privée ou autre)</i> | .....                           |                                   |
| 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   | <input type="checkbox"/> Madame | <input type="checkbox"/> 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<br>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.*

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

**Merci de retourner ce questionnaire à :**

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