



FORMULAIRE D'INSCRIPTION EN VUE DE L'OBTENTION D'UN LOGEMENT ADAPTE

Merci de noter ici le nom des résidences auxquelles vous souhaitez vous inscrire

- Résidence :
- Résidence :
- Résidence :
- Résidence :

Pour faire suite à votre intérêt d'intégrer un logement adapté, nous vous prions de répondre aux questions suivantes et de nous retourner ce document qui sera traité en toute confidentialité. Remplir ce questionnaire constitue la 1^{ère} étape pour une inscription et ne vous donne à ce stade aucune garantie d'obtenir un appartement.

Locataire 1	Locataire 2
Nom : Prénom : Date de naissance : Nationalité : Permis de séjour : Etat civil : N° AVS : Adresse actuelle : NPA/Localité : ☎ privé : ☎ portable : Mail : Gérance ou propriétaire actuel·le : ☎ gérance : ☎ propriétaire (<i>optionnel</i>) : Bail depuis le : Date d'échéance du bail : Loyer brut mensuel actuel :	Nom : Prénom : Date de naissance : Nationalité : Permis de séjour : Etat civil : N° AVS : Adresse actuelle : NPA/Localité : ☎ privé : ☎ portable : Mail : Gérance ou propriétaire actuel·le : ☎ gérance : ☎ propriétaire (<i>optionnel</i>) : Bail depuis le : Date d'échéance du bail : Loyer brut mensuel actuel :
Aspect financier Avez-vous des charges extraordinaires (crédits, leasing, pension alimentaire, etc.) ? ☐ oui ☐ non (si oui) montant/échéance :	Aspect financier Avez-vous des charges extraordinaires (crédits, leasing, pension alimentaire, etc.) ? ☐ oui ☐ non (si oui) montant/échéance :

Signature :

Signature :

Cette 2^{ème} partie doit également être remplie de manière distincte par le 2^{ème} locataire dans le cas où l'inscription concerne 2 personnes.

1. Typologie d'appartement et perspective d'emménagement

Type de logement désiré : ☐ STUDIO ☐ 2 PIECES ☐ 3 PIECES ☐ AUTRE

• **Quand souhaiteriez-vous emménager ?**

- ☐ Le plus rapidement possible
☐ Dans les 3 mois
☐ Dans les 12 mois
☐ Autre, merci de préciser

• **L'entrée dans nos logements adaptés nécessite le versement d'une caution ou parts sociales représentant habituellement trois mois de loyer net. Le paiement de cette somme vous posera-t-elle un problème sur le plan financier ?** ☐ oui ☐ non

• **Possédez-vous un véhicule ?** ☐ oui ☐ non

- Si oui, quel est le numéro d'immatriculation ? :
 ○ Souhaitez-vous une place de parc ? si disponible : ☐ extérieur ☐ couverte ☐ intérieure

2. Assurances sociales et régimes sociaux

	oui	non
Bénéficiez-vous des prestations complémentaires à l'AVS ou à l'AI ?	☐	☐
<i>Si non, les démarches sont-elles en cours ?</i>	☐	☐
Bénéficiez-vous d'une aide LAPRAMS pour le financement de prestations d'aide à domicile (notamment sécutel, repas livrés par le CMS, aide au ménage, etc.)	☐	☐
<i>Si non, les démarches sont-elles en cours ?</i>	☐	☐
Bénéficiez-vous d'un subside à l'assurance maladie ?	☐	☐

3. Vous souhaitez emménager pour la ou les raisons suivantes :

(Plusieurs réponses sont possibles)

	Locataire 1	Locataire 2
• Se sentir entouré·e	☐	☐
• Intégrer un environnement sécurisant	☐	☐
• Suite à un veuvage	☐	☐
• Vivre dans un logement adapté	☐	☐
• Soulager les proches aidants	☐	☐
• Rapprochement familial	☐	☐
• Répondre à des problèmes de santé	☐	☐
• Anticipation d'un besoin futur	☐	☐
• Autre (merci de préciser)	☐	☐

4. Environnement médico-social actuel

- Vous vivez à domicile, sans aucune aide. ☐ oui ☐ non
- Vous vivez à domicile, avec de l'aide ou des soins à domicile. ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels :

CMS / OSAD / Infirmière indépendante (entourer ce qui convient)

Nom de l'organisme :

Personne de contact :

Coordonnées (tél, mail) :

- | | <i>Locataire 1</i> | <i>Locataire 2</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Pour le ménage | ☐ | ☐ |
| • Avec des repas livrés à domicile | ☐ | ☐ |
| • Pour la toilette ou autres soins de base | ☐ | ☐ |
| • Pour des soins infirmiers | ☐ | ☐ |
| • Ergothérapie | ☐ | ☐ |
| • Soutien social par un assistant·e social·e | ☐ | ☐ |
| • Soutien dans la gestion administrative | ☐ | ☐ |
| • Autre (merci de préciser par exemple, amis, voisins bénévoles) : | ☐ | ☐ |

5. Entourage

Par quel membre de votre famille êtes-vous entouré·e actuellement ?

Nom :

Prénom :

Rue et n° :

N° postal/localité :

N° téléphone / portable / mail :

Nom :

Prénom :

Rue et n° :

N° postal/localité :

N° téléphone / portable / mail :

Autres, nom et coordonnées :

6. Médecin traitant

Nom :

Prénom :

Rue et n° :

N° postal/localité :

No téléphone /portable :

Mail :

7. Curatelle

Avez-vous un curateur ? oui
non

Locataire 1 *Locataire 2*

☐	☐
☐	☐

Si oui :

Type de curatelle :

Nom :

Prénom :

Rue et n° :

N° postal/localité :

N° téléphone /portable :

Mail :

8. Etat de santé

- Vous considérez-vous en bonne santé ? oui
non

Locataire 1 *Locataire 2*

☐	☐
☐	☐

Si non, pourquoi ?

.....

- Est-ce que vous rencontrez des problèmes d'accès dans votre appartement actuel ?

☐ oui ☐ non

Si oui, de quelle nature ?

- ☐ Pas d'ascenseur ☐ seuils de porte ☐ Éloignement des transports publics
- ☐ Autres (merci de préciser) :

- Vous sortez et marchez sans aide à la marche ?

☐ oui

☐ non

Si non, vous vous déplacez à l'aide de :

- Canne
- Rollator/tintébin
- Chaise roulante
- Tiers
- Autre (merci de préciser)

Locataire 1

Locataire 2

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

9. Vie sociale et de loisirs

- Quelles activités / loisirs pratiquez-vous actuellement ?

- Pensez-vous emménager avec un animal ? :

☐ oui

☐ non

Si oui, lequel ? :

10. Autres

- Avez-vous d'autres attentes par rapport à votre éventuel emménagement dans un logement seniors? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

- De votre côté, auriez-vous une prestation/un service à offrir à l'un ou l'autre des locataires de l'immeuble ou du quartier ? ☐ oui ☐ non

Si oui, veuillez préciser :

.....

.....

.....

11. Fonctionnement de la commission d'attribution et de suivi des locataires (COMAT)

Les informations contenues dans ce formulaire d'inscription sont accessibles aux membres de la COMAT chargée d'attribuer les logements adaptés.

Par votre signature :

1. Vous autorisez la COMAT à traiter de manière confidentielle les données contenues dans cette demande d'inscription,
2. Vous autorisez la gérance à contacter les acteurs médico-sociaux éventuellement présents dans votre situation,
3. Vous autorisez la gérance à solliciter, cas échéant, le document médico-social de transmission utilisé par les acteurs médico-sociaux,

12. Documents à joindre avec la demande d'attribution

- Copie de l'extrait d'office des poursuites et faillites récent (moins de 3 mois) ;
- Attestations de revenu des 3 derniers mois ;
- Copie recto/verso de la pièce d'identité / copie recto/verso du permis de séjour pour les étrangers ;
- Copie de la police d'assurance responsabilité civile (RC).

Date:

Signature(s):

Si curateur :

Date:

Signature(s):