



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION EN VUE DE L'OBTENTION D'UN LOGEMENT SENIORS

**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 seniors, 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<sup>ère</sup> étape pour une inscription et ne vous donne à ce stade aucune garantie d'obtenir un appartement.

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

Signature : .....

Signature : .....

Cette 2<sup>ème</sup> partie doit également être remplie de manière distincte par le 2<sup>ème</sup> 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 seniors 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                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Bénéficiez-vous des prestations complémentaires à l'AVS ou à l'AI ?</b>                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si non, les démarches sont-elles en cours ?</i>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>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.)</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si non, les démarches sont-elles en cours ?</i>                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bénéficiez-vous d'un subside à l'assurance maladie ?</b>                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

(Plusieurs réponses sont possibles)

|                                                                            | Locataire 1              | Locataire 2              |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Se sentir entouré·e                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Intérêt pour la vie communautaire                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Intégrer un environnement sécurisant                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bénéficier des prestations d'accompagnement du/de la référent·e social·e | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bénéficier des prestations d'animation                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Suite à un veuvage                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vivre dans un logement adapté                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Soulager les proches aidants                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Rapprochement familial                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Répondre à des problèmes de santé                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Anticipation d'un besoin futur                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Autre (merci de préciser)                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 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                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avec des repas livrés à domicile                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pour la toilette ou autres soins de base                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pour des soins infirmiers                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ergothérapie                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Soutien social par un assistant·e social·e                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Soutien dans la gestion administrative                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Autre (merci de préciser par exemple, amis, voisins bénévoles) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 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*

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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*

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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. Prestations en logements seniors

Une présence sécurisante est assurée par notre référent·e social·e au sein des logements seniors. Il/elle fournit un accompagnement social et des animations. Le/la référent·e social·e remplit notamment les missions suivantes :

- o Accueillir, informer et accompagner les nouveaux locataires ;
- o Veiller à offrir un accompagnement sécurisant et un accompagnement social adapté ;
- o Proposer des aides ponctuelles ;
- o Organiser des rencontres et activités d'animation conviviales dans les locaux communs ;
- o Collaborer avec le réseau social et médico-social ;
- o Tenir à jour un dossier administratif pour chaque locataire.

Le taux d'activité de la personne chargée de l'accompagnement social est indiqué dans la fiche signalétique du site. Ce pourcentage comprend des prestations directes (temps sur place) et indirectes (colloques d'équipe, travail administratif, etc.).

### Quelles sont les autres prestations dont vous souhaiteriez bénéficier ?

(Ces choix ont valeur indicative et ne vous engagent pas sur le long terme)

- Activation d'un système d'appel à l'aide

- o Du CMS
- o D'un acteur privé
- o Sans avis

☐ oui

☐ non

☐ oui

☐ non

☐

- Livraison de repas

- o Livré par le CMS à domicile ou autres prestataires
- o Chez vous ?
- o Au sein du local commun

☐ certains jours ? ☐ tous les jours

☐ oui

☐ non

☐ oui

☐ non

- Participation à des animations au sein du local commun ?

☐ oui

☐ non

## 10. Vie sociale et de loisirs

- Quelles activités / loisirs pratiquez-vous actuellement ?

- Pensez-vous emménager avec un animal ? :

☐ oui

☐ non

Si oui, lequel ? :

## 11. 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 :

.....

.....

.....

<sup>1</sup> Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale du 24 janvier 2006

## 12. **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 seniors. Cette COMAT est composée du propriétaire ou de son représentant, du prestataire de services (si distinct du propriétaire) assurant l'accompagnement sécurisant et social au sein des logements seniors.

## 13. **Récolte, traitement, utilisation et échange de données**

Nous vous rendons attentif au fait que les différents acteurs en lien avec l'attribution des logements seniors, peuvent récolter, traiter, utiliser et échanger des données personnelles et sensibles (notamment financières [par exemple revenus, fortunes] sociales et médicales [en particulier les données susceptibles d'influer sur le maintien à domicile [par exemple rapport du médecin traitant]], ceci aux fins de fournir des prestations de qualité et en adéquation avec la situation du locataire.

L'échange de données avec d'autres acteurs médico-sociaux actifs dans la situation est également possible (notamment un centre médico-social [CMS], une OSAD privée ou une infirmière indépendante).

La collecte, le traitement, l'utilisation et l'échange de ces données doivent se réaliser en respect des dispositions cantonales en la matière, notamment en regard des principes de proportionnalité, de finalité et de transparence (art. 5 et suivants de la loi du 11 septembre 2007 sur la protection des données personnelles [LPrD ; BLV 172.65]).

Les données inscrites sur ce formulaire peuvent être transmises à la DGCS à des fins de monitoring. Cette transmission est entièrement anonymisée.

### **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,

## 14. **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).

☐ J'accepte qu'un dossier informatique soit créé auprès du propriétaire, si distinct, du prestataire de services et du BRIO et que les informations me concernant soient recollectées, traitées, utilisées et échangées dans le cadre strict de la loi sur la protection des données.

Date: ..... Signature(s): .....

Si curateur :

Date: ..... Signature(s): .....