

Demande d'inscription

Appartements protégés

TYPE ET SITUATION DE L'APPARTEMENT SOUHAITE

Type :

- Studio
 2 ½ pièces
 3 ½ pièces

Situation :

- Rez-de-chaussée
 1^{er} étage
 2^{ème} étage

DEMANDE POUR

Locataire 1

Titre :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Nationalité/ Permis :

Etat civil : Adresse e-mail :

N° de téléphone : N° de natel :

No AVS : Assurance maladie :

Adresse actuelle : NPA/ Localité :

Papier déposer à :

Locataire 2

Titre :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Nationalité/ Permis :

Etat civil : Adresse e-mail :

N° de téléphone : N° de natel :

No AVS : Assurance maladie :

Adresse actuelle : NPA/ Localité :

Papier déposer à :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Etes-vous actuellement : **Locataire** **Propriétaire**

Le nom de votre gérance actuelle :

A combien s'élève votre loyer actuel :

Depuis combien d'année 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 ? **OUI** **NON**

Avez-vous des poursuites en cours ? **OUI** **NON**

Etes-vous au bénéfice des prestations complémentaires ? **OUI** **NON**

GESTION ADMINISTRATIVE

Gérez-vous vous-même vos affaires administratives ? **OUI** **NON**

Si oui : **Locataire 1** **Locataire 2**

Le cas échéant, indiquez le nom et l'adresse de la personne répondante :

.....

Etes-vous sous curatelle ? **OUI** **NON**

PERSONNE DE RÉFÉRENCE

Membre de la famille **Ami/e** **Curateur/ Curatrice**

Nom : Prénom :

Rue : Localité :

N° de téléphone/ Portable :

ANIMAUX DE COMPAGNIE

Possédez-vous un animal ? **OUI** **NON**

Si oui, lequel ? Pour un chien, quelle race ?

LOCOMOTION

Disposez-vous d'un véhicule OUI NON

Souhaitez-vous disposer d'une place de parc ? OUI NON

VOTRE MOBILITÉ

Vous sortez et marchez seul (e) Locataire 1 Locataire 2

Vous marchez à l'aide d'une canne Locataire 1 Locataire 2

Vous marchez à l'aide d'un rollator Locataire 1 Locataire 2

Vous vous déplacez en chaise roulante Locataire 1 Locataire 2

Autres :

AIDE ACTUELLE

A domicile, vous avez de l'aide pour :

• Le ménage OUI NON

• Les repas à domicile OUI NON

• La toilette ou autres soins de base OUI NON

• Les soins infirmiers OUI NON

• Autres, merci de préciser :

VOS MOTIVATIONS POUR ÊTRE LOCATAIRE D'UN APPARTEMENT PROTÉGÉ

Vous sentir entouré/e Locataire 1 Locataire 2

Pour des raisons de santé Locataire 1 Locataire 2

Vous sentir en sécurité Locataire 1 Locataire 2

Vivre dans un appartement qui facilite votre mobilité Locataire 1 Locataire 2

Autres, merci de préciser :

PRESTATIONS

Souhaitez-vous bénéficier des prestations suivantes :

- | | | | | |
|----------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|
| • Soins | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| • Nettoyage | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| • Lingerie | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| • Repas | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| • Animation | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| • Conciergerie | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |

SIGNATURE

Lieu : Date :

Signature locataire 1 :

Signature locataire 2 :

Date souhaitée de début de location :

Merci de retourner ce formulaire à l'adresse suivante :

Résidence les Roches, Les Oeuches 26, 2534 Orvin