

Demande d'inscription pour logement adapté avec accompagnement

« Pra Bastian » - Farvagny-le-Grand

Afin de donner suite à votre intérêt pour un logement adapté avec accompagnement, 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

studio

rez-de-chaussée

2 pièces

1^{er} étage

2^{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 :

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) Madame Monsieur

Pour des raisons de santé Madame Monsieur

Vous sentir en sécurité Madame Monsieur

Vivre dans un appartement qui facilite votre mobilité Madame 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 Madame Monsieur

Pour les repas à domicile Madame Monsieur

Pour la toilette ou autres soins de base Madame Monsieur

Pour des soins infirmiers Madame Monsieur

Pour un traitement ergo Madame Monsieur

Pour un suivi de l'assistante sociale Madame 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
 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 :

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