



DEMANDE DE LOGEMENT



Communes de MAZANGE – Maison individuelle T4 de 111,15 m² (au rez-de-chaussée : entrée, cuisine, WC, séjour, local chaudière fuel ; à l'étage 3 chambres, WC, salle de bain), une courette – Logement disponible immédiatement

Loyer mensuel: 469,17 € + 22 € provision pour charges.

DEMANDE A DEPOSER AVANT LE 15 AVRIL 2011

Dossier à retourner par courrier ou à déposer au secrétariat de la communauté de communes du Vendômois rural, 15 rue de la Conditia – 41100 NAVEIL - Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi de 9H00 à 12H00 et de 14H00 à 17H00

Merci de vérifier que votre demande est datée et signée et accompagnée des justificatifs demandés (copies du livret de famille, de la carte d'identité, des 3 derniers bulletins de salaire, de votre avis d'imposition ou de non imposition, des justificatifs ou attestations de domicile ...)

Numéro de dossier :

1. VOTRE IDENTITÉM. / M^{me} / M^{elle}**Le demandeur** à remplir en majuscules

Nom : _____
 Nom de naissance : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Lieu de naissance : _____
 Nationalité : Française Union européenne Hors Union européenne

M. / M^{me} / M^{elle}**Le conjoint ou co-demandeur** à remplir en majuscules

Nom : _____
 Nom de naissance : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Lieu de naissance : _____
 Nationalité : Française Union européenne Hors Union européenne

2. OÙ VOUS JOINDRE ?

Adresse : _____

 Commune : _____
 Code postal : _____
 Tél. personnel : _____
 Tél. travail du demandeur : _____
 Tél. travail du conjoint ou du co-demandeur : _____
 Autre téléphone : _____
 E-mail : _____

VOTRE SITUATION DE FAMILLE ACTUELLE

Célibataire Concubinage, Union libre Veuf (ve)
 Marié(e) depuis le : _____
 P.A.C.S. depuis le : _____ ou procédure en cours
 Divorcé(e) depuis le : _____ ou procédure en cours
 Séparé(e) depuis le : _____ ou procédure en cours

3. QUELLES PERSONNES VIVRONT DE FAÇON PERMANENTE DANS LE LOGEMENT ?

Nom et prénom	Date de naissance	Sexe		Lien de parenté (précisez si co-demandeur)
		M	F	
1. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Naissance prévue : Oui indiquez le nombre d'enfants à naître :

Nombre d'enfants accueillis dans le cadre d'un droit de visite :

4. VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Le demandeur :

Votre profession : _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Emploi à durée indéterminée | <input type="checkbox"/> Emploi à durée déterminée, stage, intérim... |
| <input type="checkbox"/> Chômage indemnisé | Si C.D.D., date de fin de contrat : / / |
| <input type="checkbox"/> Etudiant(e) | <input type="checkbox"/> Chômage non indemnisé |
| <input type="checkbox"/> Inactif (ve) | <input type="checkbox"/> Retraité(e) depuis le : / / |

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

Commune : _____

Code postal : _____

Tél. de l'entreprise : _____

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Votre entreprise a-t-elle plus de 9 salariés ? Oui Non

Si oui, demandez à votre employeur le nom de l'organisme collecteur du 1 %

Organisme collecteur : _____

Le conjoint ou co-demandeur :

Votre profession : _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Emploi à durée indéterminée | <input type="checkbox"/> Emploi à durée déterminée, stage, intérim... |
| <input type="checkbox"/> Chômage indemnisé | Si C.D.D., date de fin de contrat : / / |
| <input type="checkbox"/> Etudiant(e) | <input type="checkbox"/> Chômage non indemnisé |
| <input type="checkbox"/> Inactif (ve) | <input type="checkbox"/> Retraité(e) depuis le : / / |

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

Commune : _____

Code postal : _____

Tél. de l'entreprise : _____

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Votre entreprise a-t-elle plus de 9 salariés ? Oui Non

Si oui, demandez à votre employeur le nom de l'organisme collecteur du 1 %

Organisme collecteur : _____

5. VOS RESSOURCES MENSUELLES NETTES

Mois :

Année :

ATTENTION ! indiquez les montants en EUROS

	Demandeur	Conjoint ou co-demandeur	Autre(s) personne(s)
Salaire net mensuel	_____	_____	_____
Retraite nette mensuelle	_____	_____	_____
ASSEDIC mensuelle	_____	_____	_____
Pension alimentaire mensuelle reçue	_____	_____	_____
Pension alimentaire mensuelle versée	_____	_____	_____
Allocation Adulte Handicapé mensuelle (A.A.H.)	_____	_____	_____
Revenu Minimum d'Insertion mensuel (R.M.I.)	_____	_____	_____
Allocation Parent Isolé mensuelle (A.P.I.)	_____	_____	_____
Allocation Parentale d'Education mensuelle (A.P.E.)	_____	_____	_____
Minimum Vieillesse mensuel	_____	_____	_____
Allocations Familiales mens. (hors aide au logement)	_____	_____	_____
Autres (hors aide au logement)	_____	_____	_____

6. VOTRE LOGEMENT ACTUEL

Êtes-vous,

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Propriétaire de votre logement | <input type="checkbox"/> Logé dans un foyer (F.J.T., centre maternel...) |
| <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement H.L.M. | <input type="checkbox"/> Sans domicile, C.H.R.S., foyer d'hébergement, hôtel... |
| <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement privé | <input type="checkbox"/> Habitat mobile (camping, caravane...) |
| <input type="checkbox"/> Logé par les parents | <input type="checkbox"/> Logé par l'employeur |
| <input type="checkbox"/> Logé par des amis ou des tiers | |

Si vous êtes locataire H.L.M., précisez dans quel organisme : _____

Nombre de chambres de votre logement actuel _____

Montant du loyer mensuel hors charges et hors A.P.L. ou A.L. _____ en euros

Montant mensuel d'A.P.L. ou d'A.L. : _____ en euros

Avez-vous un préavis ? Non, Si oui, 1 mois 2 mois 3 mois

Etes-vous à jour dans le paiement de vos loyers et charges ? Oui Non

LE MOTIF DE VOTRE DEMANDE

Numérotez par ordre d'importance (1,2,3) vos 3 principaux motifs

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indépendance souhaitée | <input type="checkbox"/> Résiliation de bail par le propriétaire |
| <input type="checkbox"/> Futur mariage, union libre | <input type="checkbox"/> Logement actuel mis en vente |
| <input type="checkbox"/> Divorce/Séparation | <input type="checkbox"/> Vit dans un meublé, un hôtel |
| <input type="checkbox"/> Rapprochement familial, des services | <input type="checkbox"/> Problèmes de voisinage |
| <input type="checkbox"/> Raisons de santé | <input type="checkbox"/> Problèmes d'environnement |
| <input type="checkbox"/> Affectation professionnelle nouvelle | <input type="checkbox"/> Logement actuel trop petit |
| <input type="checkbox"/> Eloignement du lieu de travail | <input type="checkbox"/> Logement actuel trop grand |
| <input type="checkbox"/> Coût du logement trop élevé | <input type="checkbox"/> Logement actuel inconfortable |
| <input type="checkbox"/> Echec à l'accession | <input type="checkbox"/> Etage actuel insatisfaisant |
| <input type="checkbox"/> Expulsion | |

7. LE LOGEMENT QUE VOUS RECHERCHEZ

Appartement Maison exclusivement Indifférent

Nombre de chambres souhaitées : _____

Accepteriez-vous une chambre ouverte sur le séjour ? Oui Non

Garage Oui Non Parking Oui Non

Montant maximum souhaité du loyer + charges : _____ en euros

Souhaitez-vous un logement adapté au fauteuil roulant ? Oui Non

Souhaitez-vous un logement adapté aux personnes à mobilité réduite ?

au rez-de-chaussée : Oui Non

desservi par ascenseur : Oui Non

	Commune souhaitée	Quartier souhaité	Opération souhaitée ou observations
Choix 1	_____	_____	_____
Choix 2	_____	_____	_____
Choix 3	_____	_____	_____
Choix 4	_____	_____	_____
Choix 5	_____	_____	_____
Choix 6	_____	_____	_____
Choix 7	_____	_____	_____

Date souhaitée d'attribution : _____

Une personne peut-elle se porter caution pour vous ? Oui Non

Avez-vous déposé un dossier d'Accès au Fonds de Solidarité Logement (F.S.L.) ? Oui Non

Si oui, date de la décision : _____

Etes-vous placé sous un régime de tutelle ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Date : _____

Signature(s) :

Vos remarques complémentaires :
