



## DEMANDE DE LOGEMENT

RESIDENCE AUTONOMIE

PAULE DE CARBONNIER

DEMANDEUR	CONJOINT
Nom, prénom :	Nom, prénom :
Né(e) le : ___/___/_____	Né(e) le : ___/___/_____
à	à
Nationalité :	Nationalité :
N° sécurité sociale :	N° sécurité sociale :
N° allocataire CAF :	N° allocataire CAF :
Adresse actuelle :	Adresse actuelle :
Téléphone :	Téléphone :

### REVENUS

DEMANDEUR	CONJOINT
<input type="checkbox"/> C.R.A.M.A. n° : Montant mensuel :	<input type="checkbox"/> C.R.A.M.A. n° : Montant mensuel :
<input type="checkbox"/> M.S.A. n° : Montant mensuel :	<input type="checkbox"/> M.S.A. n° : Montant mensuel :
<input type="checkbox"/> Autre : n° : Montant mensuel :	<input type="checkbox"/> Autre : n° : Montant mensuel :
<input type="checkbox"/> Retraite(s) complémentaire(s) : n° : Montant trimestriel :	<input type="checkbox"/> Retraite(s) complémentaire(s) : n° : Montant trimestriel :
<input type="checkbox"/> Retraite(s) complémentaire(s) : n° : Montant trimestriel :	<input type="checkbox"/> Retraite(s) complémentaire(s) : n° : Montant trimestriel :
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une allocation supplémentaire (ex :FNS) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Titulaire d'une allocation supplémentaire (ex :FNS) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\*\*\*\*\*

## SITUATION FAMILIALE

Marié(e)       En concubinage       Pacsé(e)       Veuf(ve)  
 célibataire       Divorcé(e)       Séparé(e)     

Depuis quelle date ? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE LOGEMENT ACTUEL

ETES-VOUS ?

Locataire       Propriétaire       Hébergé(e)

DEPUIS QUAND OCCUPEZ-VOUS CE LOGEMENT : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MONTANT DU LOYER : \_\_\_\_\_€

## MOTIF DE VOTRE DEMANDE

Accès difficile du logement       Logement insalubre       Logement trop grand  
 Séparation       Rapprochement familial       Isolement  
 Problème de santé       Problème de sécurité       Loyer trop cher

AUTRE :

## BENEFICIEZ-VOUS D'UNE AIDE AU LOGEMENT

oui       Non      n° d'allocataire :

NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME PAYEUR :

## PERSONNES A JOINDRE EN CAS DE DIFFICULTES

Nom, prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone fixe/portable :

Nom, prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone fixe/potable :

AUTRE(S) INFORMATION(S) QUE VOUS SOUHAITERIEZ NOUS COMMUNIQUER :

PIECE A FOURNIR :

- CERTIFICAT MEDICAL ATTESTANT DE VOTRE APTITUDE A INTEGRER UN LOGEMENT EN RESIDENCE D'AUTONOMIE
- PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'IDENTITE
- PHOTOCOPIE DE L'AVIS D'IMPOSITION
- RIB

SIGNATURE DU DEMANDEUR

\*\*\*\*\*