



DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE
COMMUNE DE SAINT-CYPRIEN

DEMANDE DE LOGEMENT

RESIDENCE AUTONOMIE

PAULE DE CARBONNIER

DEMANDEUR

Nom, prénom :
Né(e) le : ____/____/_____
à
Nationalité :
Adresse actuelle :

Téléphone :

CONJOINT

Nom, prénom :
Né(e) le : ____/____/_____
à
Nationalité :
Adresse actuelle :

Téléphone :

REVENUS

DEMANDEUR

C.R.A.M.A. n° :
Montant mensuel :

M.S.A. n° :
Montant mensuel :

Autre : n° :
Montant mensuel :

Retraite(s) complémentaire(s) :
n° :
Montant trimestriel :

Retraite(s) complémentaire(s) :
n° :
Montant trimestriel :

Titulaire d'une allocation supplémentaire
(ex :FNS)
 Oui Non

CONJOINT

C.R.A.M.A. n° :
Montant mensuel :

M.S.A. n° :
Montant mensuel :

Autre : n° :
Montant mensuel :

Retraite(s) complémentaire(s) :
n° :
Montant trimestriel :

Retraite(s) complémentaire(s) :
n° :
Montant trimestriel :

Titulaire d'une allocation supplémentaire
(ex :FNS)
 Oui 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 :
 Portable :

Nom, prénom : Lien de parenté :
Adresse : Téléphone :
 Portable :

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