

MOTIFS DE LA DEMANDE

- Hébergé temporairement chez un tiers ou cohabitation subie
 1^{er} logement
 Logement trop petit - avec enfant mineur - avec personne handicapée à charge
 Logement actuel trop grand Logement actuel trop cher
 Logement insalubre (*joindre certificat d'insalubrité*)
 Logement indigne, hôtel meublé, caravane
 Expulsion judiciaire sans relogement (*sous réserve de justificatif*)
 Dépourvu de logement
 Hébergé ou logé temporairement dans un centre d'accueil (sous réserve certificat d'hébergement) CHRS* CADA* ALT*
 Instance de divorce ou séparation
 Rapprochement du lieu de travail - Préciser le lieu :
 Vente logement par propriétaire (copie courrier propriétaire)
 Vente logement dont vous êtes propriétaire
 Logement inadapté à l'handicap (*joindre Certificat médical*) Recherche pavillon
 Autres raisons - à préciser
 * CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale - * CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile - * ALT : Accueil Logement Temporaire

LOGEMENT ACTUEL

Type de logement occupé (*la cuisine, le WC et la salle de bain ne comptent pas*) : - Etages ? - Ascenseur ? OUI NON
 1 pièce 2 pièces 3 pièces 4 pièces 5 pièces si + (nombre :) - Maison individuelle
 Montant du loyer du logement (*APL et AL non comprise*) : - Appartement
 Montant du loyer des annexes :
 Montant des charges : - Montant APL ou AL :
 Votre délai de préavis pour quitter votre logement actuel : Si préavis en cours, date de fin :

LOGEMENT SOUHAITE

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> T1 (studio) | <input type="checkbox"/> T3 (2 chambres) | <input type="checkbox"/> T5 (4 chambres) | <input type="checkbox"/> Maison individuelle |
| <input type="checkbox"/> T2 (1 chambre) | <input type="checkbox"/> T4 (3 chambres) | <input type="checkbox"/> T6 (5 chambres) | <input type="checkbox"/> Appartement |
- Etage max. (sans ascenseur) : - Si handicap, précisez vos besoins spécifiques :
 - Loyer max. hors charges : €
 - Souhaitez-vous un garage : OUI NON
 - Véhicule(s) en votre possession :
 - Nombre d'animaux : chats chiens (*préciser la race*) :
 fauteuil roulant électrique
 fauteuil roulant manuel
 lit médical
 Autres :

COMMUNE(S) SOUHAITEE(S) voir liste ci-jointe	IMMEUBLE / QUARTIER(S)

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Etes-vous suivi par un(e) assistant(e) social ? NOM - TELEPHONE :
 Etes-vous sous tutelle ou curatelle ? NOM - TELEPHONE :
 Avez-vous des précisions à apporter ?

Comment avez-vous connu le FOYER VELLAVE ? Par votre relationnel (parent ou ami) Par le site Internet Par de la publicité
 Par votre commune Autre

Envisagez-vous un projet d'accession à la propriété ? OUI NON

Si OUI : dans les 6 mois dans les 6 à 12 mois

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus. La nullité du contrat de location pourra être prononcée en cas de fausse déclaration.

A , le **Signature,**

Agence du Puy-en-Velay
 77, Faubourg Saint-Jean - B.P. 130 - 43004 LE PUY-EN-VELAY CEDEX
 Tél. : 04 71 04 56 56 - Fax : 04 71 05 27 95

Agence de Brioude
 11, rue Jules Maigne - 43100 BRIOUDE
 Tél. : 04 71 74 71 29 - Fax : 04 71 74 86 06

web : <http://www.lamaisondulogement43.com>



TOURNEZ LA PAGE S.V.P.



FOYER VELLAVE - S.A. HLM
 77, Faubourg Saint-Jean - B.P. 130
 43004 LE PUY-EN-VELAY CEDEX
 Tél. : 04 71 04 56 56 - Fax : 04 71 05 27 95
 web : <http://www.foyer-vellave.fr>

Agence de Brioude
 11, rue Jules Maigne
 43100 BRIOUDE
 Tél. : 04 71 74 71 29
 Fax : 04 71 74 86 06

DEMANDE N° :

RENOUVELABLE CHAQUE ANNÉE

DEMANDE DE LOGEMENT

LE DEMANDEUR ET LE CONJOINT

	NOM	NOM DE NAISSANCE	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	NATIONALITE
DEMANDEUR					
CONJOINT					

N° SECURITE SOCIALE : Mme - M.

SITUATION DE FAMILLE ETES-VOUS ?	<input type="checkbox"/> Marié(e) Date du Mariage : <input type="checkbox"/> Vie maritale (concubinage) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)	Adresse mail :	TELEPHONE		
				Dom.	Travail	Portable

ENFANTS et AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE SCOLARITE ou SITUATION PROFESSIONNELLE	LIEN DE PARENTE

Si naissance attendue, précisez la date

ADRESSE

Votre adresse actuelle Depuis le

Adresse où vous écrire si différente de celle ci-dessus :

Etes-vous propriétaire **OU** Locataire d'un organisme HLM **OU** Hébergé

NOM, ADRESSE de votre propriétaire (*ou ancien propriétaire si hébergé*) TELEPHONE

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

REVENUS MENSUELS	DEMANDEUR	CONJOINT OU CONCUBIN	ENFANTS OU AUTRES PERSONNES A CHARGE
Profession actuelle			
Type de contrat (CDI - CDD) ①			
Temps plein ou temps partiel			
Employeur - Nom de la Société			
Adresse de l'employeur			
Lieu de travail			
Salaire net	€	€	€
Formation / Stagiaire (<i>précisez l'allocation : AFR, AFFS, RSP...</i>)	€	€	€
Retraite, pension (<i>invalidité, alimentaire</i>)	€	€	€
Longue maladie ②	€	€	€
Bourse étudiant	€	€	€
ASSEDIC (<i>précisez l'allocation : ARE, ASS...</i>) ③	€	€	€
Prestation RMI	€	€	€
Prestation AAH	€	€	€
Prestation API	€	€	€
Autres prestations familiales (AF, PAJE... sauf APL / AL)	€	€	€
Autres (<i>sauf APL et AL à inscrire en 4^{ème} page</i>)	€	€	€
TOTAL DES RESSOURCES NETTES	€	€	€

① Si vous n'êtes pas en CDI, précisez la date de fin de votre contrat

② Etes vous en maladie depuis plus de 6 mois ?

③ Etes vous au chômage depuis plus de 2 mois ?

LA MAISON DU LOGEMENT 43

CADRE RESERVE AU FOYER VELLAVE

- Montant APL estimé :
- Résultat enquête infos :
- Résultat enquête visite logement (demande de mutation) :

DATE PROPOSITION	LOGEMENT PROPOSE	MOTIFS REFUS

Numéro de demande :
Numéro unique : Revenu fiscal de référence :
Date d'enregistrement : 20 :
Date de demande précédente : 20 :
Cotisant CIPL : 20 :

ENTRETIEN DECOUVERTE

Conseillère en logement : Date :.....
L'entretien a eu lieu : Au bureau du Foyer Vellave : Par téléphone :
Demande complète : OUI : NON :

ENTRETIEN REFUSÉ

Motifs :
.....
.....
.....
.....

