

Numéro de dossier : 0 8 5 Nom : Prénom :

Demande de logement en Vendée

***L**es bailleurs sociaux de la Vendée et leurs partenaires ont mis en œuvre un dispositif de gestion de la demande destiné à vous faciliter l'accès au logement social.*

Désormais, vous pouvez adresser, déposer, mettre à jour ou renouveler votre demande auprès du partenaire de votre choix.*

Sans que vous ayez à intervenir de nouveau, votre demande sera enregistrée pour tous les bailleurs sociaux du département.

** Adresses et téléphones sur dépliant joint*

**Attention,
lisez attentivement ce qui suit :**

Enregistrement de la demande

- Votre demande doit être retournée **correctement remplie et signée.**
- Vous devez joindre la copie des **2 derniers avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu** pour toutes les personnes vivant dans le foyer et la copie d'une **pièce d'identité** ou du **livret de famille.**
- L'enregistrement de votre demande sera pris en compte par tous les bailleurs sociaux de la Vendée, **un seul dépôt suffit.**
- Vous recevrez par retour une **attestation d'enregistrement** indiquant votre **numéro unique** pour tous les bailleurs sociaux du département.
- Votre demande a une durée de validité de **12 mois** et doit être renouvelée **1 mois avant la date d'expiration.**

Le renseignement de sept informations (nom, prénom, date de naissance, adresse, nombre de personnes à loger, localisation géographique souhaitée et indication si locataire H.L.M.) permet l'obtention d'un numéro départemental unique. Ce numéro garantit votre inscription en tant que demandeur de logement locatif social (décret du 7/11/2000. Loi de lutte contre les exclusions du 29/07/1998). **Cependant, il est insuffisant pour prétendre à l'attribution d'un logement en Vendée.**

Si vous souhaitez que les bailleurs sociaux du département puissent étudier votre dossier, vous devez remplir la totalité de l'imprimé et joindre vos deux derniers avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu et la copie d'une pièce d'identité ou du livret de famille.

Ce dispositif a été agréé par la C.N.I.L. le 13 juillet 1998 (demande d'avis n°582047).

Les informations figurant sur cet imprimé feront l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à l'article 43 de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder à tout moment aux informations vous concernant auprès de l'organisme que vous avez contacté, afin d'en faire modifier le contenu si votre situation venait à changer.

Les destinataires de ces informations seront les Organismes du logement social chargés de l'attribution des logements et leurs partenaires. En cas de litige et seulement dans ce cas, vous pouvez contacter le C.R.E.H.A. Ouest, 8 avenue des Thébaudières. 44800 Saint-Herblain.

1.

vous identité

M. Mme Mlle **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. Mme Mlle **Le conjoint ou co-locataire** 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 : _____

Téléphone personnel du demandeur : _____ Portable : _____

Téléphone travail du demandeur : _____

Téléphone travail du conjoint ou du co-locataire : _____

Autre téléphone : _____

E-Mail : _____

vous situation de famille actuelle

Célibataire Union libre, concubinage Veuf (ve)

Marié(e) depuis le : _____

P. A. C. S. depuis le : _____

Divorcé(e) depuis le : _____ ou procédure en cours

Séparé(e) depuis le : _____ ou procédure en cours

3.

quelles autres personnes vivent dans le logement ?

	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe		Lien de parenté ⁽¹⁾ (préciser si co-locataire)	Activité ⁽²⁾
			M	F		
1.	 / /				
2.	 / /				
3.	 / /				
4.	 / /				
5.	 / /				
6.	 / /				
7.	 / /				
8.	 / /				

Si naissance(s) prévue(s), indiquez le nombre d'enfants à naître : _____

et la date de naissance prévue : _____

⁽¹⁾ Ascendant / Enfant / Droit de visite / Garde alternée / Autre⁽²⁾ CDI / CDD, stage, intérim / Chômeur(se) / Etudiant(e), formation / Retraité(e) / Autre (sans activité et sans recherche d'emploi)

4.

vosre situation professionnelle

le demandeur

Votre profession : _____

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

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

Commune : _____

Code postal : _____ N° SIRET : _____

Téléphone de l'entreprise : _____ Fax de l'entreprise : _____

Date d'entrée chez l'employeur : _____

Commune du lieu de travail : _____

Votre entreprise a-t-elle plus de 20 salariés ? Oui Non

Si oui, demandez à votre employeur le nom du ou des organisme(s) collecteur(s) du 1%

Organisme(s) collecteur(s) : _____

le conjoint ou co-locataire

Votre profession : _____

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

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

Commune : _____

Code postal : _____ N° SIRET : _____

Téléphone de l'entreprise : _____ Fax de l'entreprise : _____

Date d'entrée chez l'employeur : _____

Commune du lieu de travail : _____

Votre entreprise a-t-elle plus de 20 salariés ? Oui Non

Si oui, demandez à votre employeur le nom du ou des organisme(s) collecteur(s) du 1%

Organisme(s) collecteur(s) : _____

5.

vos ressources mensuelles nettes

Mois Année	Demandeur	Conjoint ou co-locataire	Autre(s) personne(s)
Salaire net mensuel	€	€	€
Retraite nette mensuelle	€	€	€
ASSEDIC mensuelle	€	€	€
Pension alimentaire mensuelle	€	€	€
Pension d'invalidité mensuelle	€	€	€
Allocation Adulte Handicapé mensuelle (A.A.H.) (hors aide au logement)	€	€	€
Allocation Jeune Enfant mensuelle (P.A.J.E.) (hors aide au logement)	€	€	€
Minimum vieillesse mensuel (hors aide au logement)	€	€	€
Allocations Familiales mensuelles (hors aide au logement)	€	€	€
Autres (hors aide au logement)	€	€	€
Cadre réservé à l'organisme			
Revenus déclarés avant déductions et abattements de l'année :	€	€	€
Revenu fiscal de référence :	€	€	€
Revenus déclarés avant déductions et abattements de l'année :	€	€	€
Revenu fiscal de référence :	€	€	€

6.

vosre logement actuel

êtes-vous ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Logé par l'employeur | <input type="checkbox"/> Logé dans des locaux impropres (cave, sous-sol, garage, combles, cabane...) | <input type="checkbox"/> Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (C.A.D.A.)* |
| <input type="checkbox"/> Logé par les parents | <input type="checkbox"/> Habitat mobile (camping, caravane...) | <input type="checkbox"/> Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.)* |
| <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement privé | <input type="checkbox"/> Hôtel | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement d'urgence* |
| <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement social | <input type="checkbox"/> Sans domicile | <input type="checkbox"/> Résidences sociales, maisons relais, centres maternels* |
| <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement de collectivités locales | <input type="checkbox"/> Logé par des amis ou des tiers* | <input type="checkbox"/> Sous-location* |
| <input type="checkbox"/> Propriétaire de votre logement | <input type="checkbox"/> Logé dans un foyer (F.J.T.)* | |

*Pour tous ces statuts, pouvez-vous préciser depuis quelle date y-êtes-vous logé ? / /

Si vous êtes locataire d'un logement social,

précisez auprès de quel organisme :

Montant du loyer mensuel

Quel est votre type de logement ?

hors charges et hors A. P. L. ou A. L. : €

Studio T1 T2 T3

Montant mensuel d'A. P. L. ou d'A. L. : €

T4 T5 T6 T7

Avez-vous un préavis ? Non

Quelle est la catégorie de votre logement ? Collectif Individuel

Si oui, 1 mois 2 mois 3 mois

Êtes-vous à jour dans le paiement de vos loyers ? Oui Non

Combien de personnes occupent votre logement ?

Votre logement est-il manifestement sur-occupé ? Oui Non

le motif de votre demande

Identifiez par un ① votre motif principal

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Affectation professionnelle nouvelle | <input type="checkbox"/> Futur mariage, union libre | <input type="checkbox"/> Logement présentant un caractère indécent |
| <input type="checkbox"/> Coût du logement trop élevé | <input type="checkbox"/> Indépendance souhaitée | <input type="checkbox"/> Logement présentant un caractère insalubre ou dangereux |
| <input type="checkbox"/> Divorce, séparation | <input type="checkbox"/> Location saisonnière | <input type="checkbox"/> Problème de voisinage |
| <input type="checkbox"/> Échec à l'accession | <input type="checkbox"/> Logement actuel mis en vente | <input type="checkbox"/> Raisons de santé |
| <input type="checkbox"/> Éloignement du lieu de travail | <input type="checkbox"/> Logement actuel trop grand | <input type="checkbox"/> Rapprochement familial, des services |
| <input type="checkbox"/> Étage actuel insatisfaisant | <input type="checkbox"/> Logement actuel trop petit | <input type="checkbox"/> Résiliation de bail par le propriétaire |
| <input type="checkbox"/> Expulsion, date du jugement : / / | <input type="checkbox"/> Logement inadapté au handicap | <input type="checkbox"/> Souhait d'un logement individuel |

7.

le logement que vous recherchez

- Appartement Maison exclusivement Indifférent
- Accepteriez-vous une chambre ouverte sur le séjour ? Oui Non
- Montant maximum souhaité du loyer (hors charges) €
- Souhaitez-vous un logement adapté au fauteuil roulant ? Oui Non
- Souhaitez-vous un logement adapté aux personnes à mobilité réduite ? Oui Non
- Nombre de chambres souhaitées :
- Garage : Oui Non
- Parking : Oui Non
- Logement rez-de-chaussée : Oui Non
- Logement desservi par ascenseur : Oui Non

	Commune souhaitée	Quartier souhaité	Opération souhaitée
Choix 1			
Choix 2			
Choix 3			

Date souhaitée d'attribution :

Êtes-vous placé sous un régime de tutelle ? Oui Non Si oui lequel ?

Une personne peut-elle se porter caution pour vous ? Non Si oui, Caution familiale Caution par un tiers Locapass

Avez-vous déposé un dossier Fonds de Solidarité Logement (F.S.L.) ? Non Si oui, date de la décision : / /

Vos remarques complémentaires

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus et m'engage à fournir tous les éléments en cas de modification de ma situation.

Date : _____ Signature : _____

AVERTISSEMENT ! En cas de proposition de logement, les bailleurs sociaux pourront être amenés à solliciter des pièces justificatives complémentaires.