

**DEMANDE DE LOGEMENT** Date de la demande : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Service instructeur : .....  
Nom du travailleur social : .....  
Téléphone : ...../...../...../...../..... E-mail : .....@.....

**ETAT CIVIL**

**Demandeur** Nom (suivi du nom de naissance) : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance et code postal : .....  
Sexe : M  F  Réfugié statuaire : OUI  NON  Protection subsidiaire : OUI  NON   
Adresse actuelle : .....  
E-mail : .....@..... Tél. : ...../...../...../...../.....  
Situation familiale : Célibataire  Pacsés  Marié(e)  Veuf(ve)  Vie Maritale  Séparé(e)  Divorcé(e)

**Codemandeur** Nom (suivi du nom de naissance) : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance et code postal : .....  
Sexe : M  F  Réfugié statuaire : OUI  NON  Protection subsidiaire : OUI  NON   
Adresse actuelle : .....  
E-mail : .....@..... Tél. : ...../...../...../...../.....

**PERSONNES À CHARGE** Nombre de personnes à charge (en dehors du ou des demandeurs) : .....

Nom	Prénom	Date de naissance	Emploi/ Formation	Ressources	Lien de parenté
		__/__/____			
		__/__/____			
		__/__/____			
		__/__/____			
		__/__/____			

**RESSOURCES MENSUELLES PERCUES ACTUELLEMENT PAR LE FOYER** Nombre de personnes ayant des ressources : /\_\_\_\_/

Avez-vous vos deux derniers avis d'imposition ? OUI  NON

Si oui, montant total (demandeur + conjoint) du revenu fiscal de référence (RFR) : N-1 : ..... N-2 : .....

NATURE DES RESSOURCES	RESSOURCES MENSUELLES DU DEMANDEUR	RESSOURCES MENSUELLES DU CODEMANDEUR
SALAIRE : CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> (date de fin : __/__/____) INTERIM <input type="checkbox"/> AUTRES <input type="checkbox"/> (préciser : .....)	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
INDEMNITES POLE EMPLOI : ARE <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Date de fin de droit : __/__/____		
RSA		
RETRAITE		
PENSION INVALIDITE		
AAH		
PRESTATIONS CAF / MSA (préciser) : ..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
N° allocataire :		
AUTRES (préciser) : .....		
<b>TOTAL DES RESSOURCES MENSUELLES :</b>	€	€

## LOGEMENT ACTUEL

Bailleur privé  Bailleur HLM  (précisez) : ..... Autres  (précisez) : .....

Typologie : ..... Loyer : ..... € Charges : ..... € Aide au logement : ..... €

Durée du préavis : ..... Fond Solidarité Logement (FUL / FSL) date de la dernière demande : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Accès : ..... Montant : ..... €

Maintien : ..... Montant : ..... €

## MOTIF DE LA DEMANDE (si référent social, merci de joindre une note sociale)

Sans logement / sans abri  Hébergé par un tiers  Logement indigne / dégradé / indécent / précaire  Problèmes de voisinage

Logement trop petit / suroccupé  Logement trop cher  Raisons de santé  Expulsion  Violences conjugales

Rapprochement professionnel / mutation  1<sup>er</sup> logement  Rapprochement familial  Séparation familiale

Structure d'hébergement / logement accompagné ou temporaire  Sortie d'institution

**Commentaires** (parcours logement, problématique, démarches effectuées, lieu de scolarisation des enfants...) : .....

.....

.....

.....

## LOGEMENT RECHERCHÉ

### Communes ou secteurs souhaités :

1 - ..... 3 - .....

2 - ..... 4 - .....

### Type de logement :

Studio  T1  T2  T3  T4  T5 et plus

RDC / Plain-pied  Etage  Ascenseur  Box/Garage  Parking  Proches transports en commun

Maison  Appartement  Indifférent  *N.B. : Les logements proposés par l'Agence ne sont pas meublés.*

Présence d'animaux OUI  NON  Si animaux, précisez : .....

Moyen de locomotion OUI  NON  Si moyen de locomotion, précisez : .....

Numéro unique d'enregistrement (si demande de logement social faite en parallèle) : .....

Date d'entrée souhaitée : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## SITUATION FINANCIÈRE

**Montant des charges mensuelles :** .....

Loyer : ..... Electricité / gaz : ..... Eau : ..... Téléphonie : .....

Internet : ..... Pension alimentaire : ..... Crédits : .....

Mutuelle / assurances : ..... Impôts : ..... Autres (précisez) : .....

Dettes actuelles (montant/nature) : .....

**Dossier Banque De France :** OUI  NON  DEPOSE

Si oui, précisez le montant des remboursements mensuels : ..... €

**Accompagnement :**

Suivi ASLL/AVDL : OUI  NON  Référent Social : .....

Mesure de tutelle/curatelle : OUI  NON  Tuteur : .....

Accord sous-location : OUI  NON

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par SOLIHA AIS CVL. Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ces droits en contactant l'association à SOLIHA AIS CVL – Service gestion locative – 5 rue Gustave VAPEREAU 45000 ORLEANS ou à : [gestion.locative.cvl@soliha.fr](mailto:gestion.locative.cvl@soliha.fr)