

Formulaire d'inscription pour un logement protégé

Candidat-e	Conjoint-e
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Nationalité :	Nationalité :
Adresse :	
NPA/localité :	
Téléphone :	Téléphone :
Email :	Email :
Etat civil :	Etat civil :

Veuillez indiquer le type d'appartement recherché :

- 1 pièce
 2.5 pièces
 3.5 pièces

Préférence :

- Chemin de la Chavanne 15
 Quartier Eikenøtt, Allée Léotherius 1
 Quartier Les Lisières

Date d'entrée souhaitée

Possédez-vous un animal ? Oui Non

Si oui, lequel ? Pour un chien, quelle race ?

Disposez-vous d'une voiture ? Oui Non

No de plaque :

Souhaitez-vous disposer d'une place de parc ? Oui Non

Renseignements administratifs

Etes-vous au bénéfice des prestations AVS/AI ? Oui Non

Etes-vous au bénéfice des prestations complémentaires ? Oui Non

Etes-vous actuellement : Locataire Propriétaire

Quel est le délai de résiliation de votre logement actuel :

Pouvez-vous verser une garantie ou fournir une caution ? Oui Non

Avez-vous des poursuites en cours ? Oui Non

Etes-vous au bénéfice d'une RC privée ? Oui Non

Nom de la compagnie :

.....

Vos motivations pour être locataire d'un appartement protégé (plusieurs réponses possible)

Parce que la vie à mon domicile n'est plus possible

Préciser en quoi :

.....
.....

Pour vous sentir entouré(e)

Pour des raisons de santé

Pour vous sentir en sécurité

Pour vivre dans un appartement qui facilite votre mobilité

Autre (merci de préciser) :

Actuellement, vous vivez :

A domicile, sans aucune aide

A domicile, avec de l'aide :

du CMS de Gland

d'un autre CMS (à préciser) :

Autre (à préciser) :

Pour le ménage

Vous bénéficiez des repas à domicile

Pour la toilette ou autres soins de base

Pour des soins infirmiers

Pour un traitement d'ergothérapie

Pour un suivi de l'assistante sociale

Autre (merci de préciser) :

Chez un membre de votre famille

Autre (merci de préciser) :

Gestion administrative

Gérez-vous vous-même vos affaires administratives ? Oui Non

Le cas échéant, indiquez le nom et l'adresse de la personne répondante :

.....
.....

Votre mobilité (plusieurs réponses possible)

- Vous sortez et marchez seul(e)
- Vous marchez à l'aide d'une canne / rollator (souligner ce qui convient)
- Vous marchez avec l'aide d'un tiers
- Vous vous déplacez en chaise roulante
- Autre (merci de préciser) :
- Vous vous considérez en bonne santé
- Certaines parties de votre corps vous font souffrir ou limitent votre bien-être

Si vous le souhaitez, vous pouvez préciser :

.....
.....

De votre côté, auriez-vous une prestation / un service à offrir à l'un ou l'autre des locataires (personne seule ou famille). Si oui, lesquels :

.....
.....

Nous vous remercions de préciser les attentes que vous avez par rapport à votre éventuel emménagement

.....
.....
.....

Fait à : Le :

Signature du candidat