



## **NOMBRE DE PERSONNES DEVANT OCCUPER LE LOGEMENT SOLLICITE**

Degré de parenté	Nom – Prénoms	Sexe M/F	Date de naissance	Lieu de naissance	Nationalité (*)
Chef de famille	_____	_____	_____	_____	_____
Conjoint(e)	_____	_____	_____	_____	_____
Enfants ou	_____	_____	_____	_____	_____
Autres personnes	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

(\*) pour les étrangers : joindre la photocopie de la carte de séjour

## **SITUATION FAMILIALE**

Marié(e)  Divorcé(e)   
Célibataire  Séparé(e)   
Veuf(ve)  Concubinage

Depuis le

Attendez-vous un enfant ? oui  non

Si oui, pour quelle date ?

Y a-t-il un handicapé moteur parmi les personnes devant occuper le logement ?  
oui  non   
(fournir justificatifs)

## **CONDITIONS ACTUELLES DU LOGEMENT**

Nombre de pièces   
Habitable(s)

Montant du loyer       €  
à payer

Vous êtes : propriétaire  locataire  hébergé   
Votre loyer est-il trop cher par rapport à vos ressources ? oui  non

Nom et adresse de votre propriétaire : \_\_\_\_\_

### **Etat du logement**

Bon  Assez bon  Insalubre

**Situation particulière (joindre justificatifs)**

A quelle date ?

- |                                   |                          |       |
|-----------------------------------|--------------------------|-------|
| Congé du propriétaire             | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Expulsion                         | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Abandon d'un logement de fonction | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mutation professionnelle          | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sans logement                     | <input type="checkbox"/> | _____ |

**SITUATION PROFESSIONNELLE DU DEMANDEUR**

- |                           |                          |                      |                          |
|---------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Fonctionnaire d'Etat      | <input type="checkbox"/> | Artisan - Commerçant | <input type="checkbox"/> |
| Fonctionnaire Territorial | <input type="checkbox"/> | Employé - Ouvrier    | <input type="checkbox"/> |
| Retraité                  | <input type="checkbox"/> | Etudiant             | <input type="checkbox"/> |
| Militaire de carrière     | <input type="checkbox"/> | Chômeur              | <input type="checkbox"/> |
| RMISTE                    | <input type="checkbox"/> | Inactif              | <input type="checkbox"/> |
| Stage                     | <input type="checkbox"/> |                      |                          |

**REVENUS MENSUELS NETS (Salaires - Retraites - Indemnités Chômage - ...)**

	Profession	Nom et adresse de l'Employeur	Revenus
Chef de famille	_____	_____	_ _ _ _  €
Conjoint(e)	_____	_____	_ _ _ _  €
Enfants ou Autres personnes	_____	_____	_ _ _ _  €
	_____	_____	_ _ _ _  €

TOTAL MENSUEL : |\_|\_|\_|\_| €

<b>Autres revenus</b>	
Allocations (précisez-en la nature) _____	_ _ _ _  €
Pension alimentaire _____	_ _ _ _  €
Revenus immobiliers (à préciser) _____	_ _ _ _  €
Autres : (précisez-en la nature) _____	_ _ _ _  €

TOTAL MENSUEL : |\_|\_|\_|\_| €

Numéro de matricule : \_\_\_\_\_ CAF  MSA  Autres

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

SIGNATURE

## CADRES RESERVES AUX EMPLOYEURS

### PARTIE A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU DEMANDEUR

L'employeur désigné ci-après : \_\_\_\_\_


Adresse : \_\_\_\_\_  
N° Nom de la voie

Code postal : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

1) Certifie que M. Mme Mlle : \_\_\_\_\_ est employé(e) depuis le : \_\_\_\_\_  
Nom et Prénom

2) Atteste qu'il (elle) cotise – qu'il (elle) ne cotise pas <sup>(\*)</sup> à l'effort de construction (1 %) et que l'organisme collecteur est : \_\_\_\_\_

NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU 1 % :

\_\_\_\_\_ 

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ CACHET DE L'EMPLOYEUR DU DEMANDEUR  
N° SIRET : \_\_\_\_\_

### PARTIE A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT, FIANCE OU CONCUBIN OU AUTRE

L'employeur désigné ci-après : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
N° Nom de la voie

Code postal : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

1) Certifie que M. Mme Mlle : \_\_\_\_\_ est employé(e) depuis le : \_\_\_\_\_  
Nom et Prénom

2) Atteste qu'il (elle) cotise – qu'il (elle) ne cotise pas <sup>(\*)</sup> à l'effort de construction (1 %) et que l'organisme collecteur est : \_\_\_\_\_

NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU 1 % :

\_\_\_\_\_ 

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ CACHET DE L'EMPLOYEUR DU DEMANDEUR  
N° SIRET : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (\*) rayez la mention inutile