

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 nouveau 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 d'un seul de ces organismes\*.*

*Sans que vous ayez à intervenir de nouveau, votre demande sera enregistrée par 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.

**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 27 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. En cas de litige et seulement dans ce cas, vous pouvez contacter le Centre Régional d'Etudes pour l'Habitat de l'Ouest, 8 avenue des Thébaudières. 44800 Saint-Herblain.

# 1.

## vosre identité

### le demandeur

M. Mme Mlle

à remplir en majuscules

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité :  Française  Union européenne  Hors Union européenne

### le conjoint ou co-demandeur

M. Mme Mlle

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 : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail du demandeur : \_\_\_\_\_

Téléphone travail du conjoint ou du co-demandeur : \_\_\_\_\_

Autre téléphone : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

## vosre situation de famille actuelle

Célibataire  Concubinage, union libre  P.A.C.S.  Veuf (ve)

Marié(e) depuis le : \_\_\_\_\_

Divorcé(e) depuis le : \_\_\_\_\_ ou  procédure en cours

Séparé(e) depuis le : \_\_\_\_\_ ou  procédure en cours

# 3.

## quelles sont les autres personnes qui vivent de façon permanente dans le logement ?

|    | Nom et prénom | Date de naissance   | Sexe |   | Lien de parenté<br><i>(préciser si co-demandeur)</i> |
|----|---------------|---------------------|------|---|--|
|    |               |                     | M    | F |  |
| 1. |               | ..... /..... /..... |      |   |  |
| 2. |               | ..... /..... /..... |      |   |  |
| 3. |               | ..... /..... /..... |      |   |  |
| 4. |               | ..... /..... /..... |      |   |  |
| 5. |               | ..... /..... /..... |      |   |  |
| 6. |               | ..... /..... /..... |      |   |  |
| 7. |               | ..... /..... /..... |      |   |  |
| 8. |               | ..... /..... /..... |      |   |  |

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

et la date de naissance prévue : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants accueillis dans le cadre d'un droit de visite :

# 4.

## vos situation professionnelle

### le demandeur

Votre profession : \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Emploi à durée indéterminée | <input type="checkbox"/> Emploi à durée déterminée, stage, intérim |
| <input type="checkbox"/> Chômage indemnisé           | <input type="checkbox"/> Chômage non indemnisé                     |
| <input type="checkbox"/> Étudiant(e)                 | <input type="checkbox"/> Retraité(e) Depuis le : _____             |
| <input type="checkbox"/> Inactif(ve)                 | <input type="checkbox"/> Fonctionnaire                             |

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de travail : \_\_\_\_\_

Votre entreprise a-t-elle plus de 9 salariés ?  Oui  Non

Si oui, demandez à votre employeur le nom de l'organisme collecteur du 1% :

Organisme collecteur : \_\_\_\_\_

### le conjoint ou co-demandeur

Votre profession : \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Emploi à durée indéterminée | <input type="checkbox"/> Emploi à durée déterminée, stage, intérim |
| <input type="checkbox"/> Chômage indemnisé           | <input type="checkbox"/> Chômage non indemnisé                     |
| <input type="checkbox"/> Étudiant(e)                 | <input type="checkbox"/> Retraité(e) Depuis le : _____             |
| <input type="checkbox"/> Inactif(ve)                 | <input type="checkbox"/> Fonctionnaire                             |

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de travail : \_\_\_\_\_

Votre entreprise a-t-elle plus de 9 salariés ?  Oui  Non

Si oui, demandez à votre employeur le nom de l'organisme collecteur du 1% :

Organisme collecteur : \_\_\_\_\_

# 5.

## vos ressources mensuelles nettes

Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

**ATTENTION ! Indiquez les montants en EUROS**

|  | Demandeur | Conjoint ou co-demandeur | Autre(s) personne(s) |
|--|-----------|--------------------------|----------------------|
| Salaire net mensuel  | €         | €                        | €                    |
| Retraite nette mensuelle   | €         | €                        | €                    |
| ASSEDIC mensuelle  | €         | €                        | €                    |
| Pension alimentaire mensuelle  | €         | €                        | €                    |
| Allocation Adulte Handicapé mensuelle (A.A.H.) ( <b>hors aide au logement</b> )      | €         | €                        | €                    |
| Revenu Minimum d'Insertion mensuel (R.M.I.) ( <b>hors aide au logement</b> )         | €         | €                        | €                    |
| Allocation Parent Isolé mensuelle (A.P.I.) ( <b>hors aide au logement</b> )          | €         | €                        | €                    |
| Allocation Parentale d'Éducation mensuelle (A.P.E.) ( <b>hors aide au logement</b> ) | €         | €                        | €                    |
| Minimum vieillesse mensuel ( <b>hors aide au logement</b> )                          | €         | €                        | €                    |
| Allocations Familiales mensuelles ( <b>hors aide au logement</b> )                   | €         | €                        | €                    |
| Autres ( <b>hors aide au logement</b> )  | €         | €                        | €                    |

### Cadre réservé à l'organisme

|  |       |  |  |
|--|-------|--|--|
| Revenus déclarés <b>avant</b> déductions et abattements de l'année :   | _____ |  |  |
| Revenus imposables <b>après</b> déductions et abattements de l'année : | _____ |  |  |
| Revenus déclarés <b>avant</b> déductions et abattements de l'année :   | _____ |  |  |
| Revenus imposables <b>après</b> déductions et abattements de l'année : | _____ |  |  |

# 6.

## votre logement actuel

### êtes-vous ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Propriétaire de votre logement    | <input type="checkbox"/> Logé dans un foyer (F.J.T., centre maternel...)        |
| <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement H.L.M. | <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement de collectivités locales    |
| <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement privé  | <input type="checkbox"/> Sans domicile, C.H.R.S., foyer d'hébergement, hôtel... |
| <input type="checkbox"/> Logé par les parents              | <input type="checkbox"/> Habitat mobile (camping, caravane...)                  |
| <input type="checkbox"/> Hébergé par des amis ou des tiers | <input type="checkbox"/> Logé par l'employeur                                   |

Si vous êtes locataire H.L.M., précisez auprès de quel organisme : \_\_\_\_\_

Nombre de chambres de votre logement actuel : \_\_\_\_\_

Montant du loyer mensuel **hors charges et hors A.P.L. ou A.L.** : à renseigner en euros \_\_\_\_\_

Montant mensuel d'A.P.L. ou d'A.L. : à renseigner en euros \_\_\_\_\_

Avez-vous un préavis ?  Non Si oui,  1 mois  2 mois  3 mois

Êtes-vous à jour du paiement de vos loyers et charges ?  Oui  Non

### le motif de votre demande

#### Identifiez par un ① votre motif principal

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

# 7.

## le logement que vous recherchez

- Appartement  Maison exclusivement  Indifférent

Nombre de chambres souhaité : \_\_\_\_\_

Accepteriez-vous une chambre ouverte sur le séjour ?  Oui  Non  Indifférent

Garage :  Oui  Non  Indifférent Parking :  Oui  Non  Indifférent

Montant maximum souhaité du loyer + charges : à renseigner en euros \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous un logement adapté au fauteuil roulant ?  Oui  Non

Souhaitez-vous un logement adapté aux personnes à mobilité réduite ? au rez-de-chaussée :  Oui  Non

desservi par ascenseur :  Oui  Non

|         | Commune souhaitée | Quartier souhaité | Opération souhaitée ou observations |
|---------|-------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Choix 1 |                   |                   |                                     |
| Choix 2 |                   |                   |                                     |
| Choix 3 |                   |                   |                                     |

Date souhaitée d'attribution : \_\_\_\_\_

Une personne peut-elle se porter caution pour vous ?  Oui  Non

Si oui, nom de la personne : \_\_\_\_\_

Avez-vous déposé un dossier au Fonds de Solidarité Logement (F.S.L.) ?  Oui  Non

Si oui, date de la décision : \_\_\_\_\_

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

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

Date : \_\_\_\_\_

Signature : 

Commentaire : .....  
 .....  
 .....