



## DEMANDE DE LOGEMENT

RESIDENCE AUTONOMIE

PAULE DE CARBONNIER

### DEMANDEUR

Nom, prénom :  
Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
à  
Nationalité :  
N° sécurité sociale :  
N° allocataire CAF :  
Adresse actuelle :  
Téléphone :

### CONJOINT

Nom, prénom :  
Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
à  
Nationalité :  
N° sécurité sociale :  
N° allocataire CAF :  
Adresse actuelle :  
Téléphone :

### REVENUS

#### DEMANDEUR

C.A.R.S.A.T. n° :  
Montant mensuel :

M.S.A. n° :  
Montant mensuel :

Autre : n° :  
Montant mensuel :

Retraite(s) complémentaire(s) :  
n° :  
Montant trimestriel :

Retraite(s) complémentaire(s) :  
n° :  
Montant trimestriel :

Titulaire d'une allocation supplémentaire  
(ex :FNS)  
 Oui  Non

#### CONJOINT

C.A.R.S.A.T. n° :  
Montant mensuel :

M.S.A. n° :  
Montant mensuel :

Autre : n° :  
Montant mensuel :

Retraite(s) complémentaire(s) :  
n° :  
Montant trimestriel :

Retraite(s) complémentaire(s) :  
n° :  
Montant trimestriel :

Titulaire d'une allocation supplémentaire  
(ex :FNS)  
 Oui  Non

### SITUATION FAMILIALE

Marié(e)  En concubinage  Pacsé(e)  Veuf(ve)  
 célibataire  Divorcé(e)  Séparé(e)

Depuis quelle date ? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE LOGEMENT ACTUEL

ETES-VOUS ?

Locataire

Propriétaire

Hébergé(e)

DEPUIS QUAND OCCUPEZ-VOUS CE LOGEMENT : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MONTANT DU LOYER : \_\_\_\_\_ €

## MOTIF DE VOTRE DEMANDE

Accès difficile du logement

Logement insalubre

Logement trop grand

Séparation

Rapprochement familial

Isolement

Problème de santé

Problème de sécurité

Loyer trop cher

AUTRE :

## BENEFICIEZ-VOUS D'UNE AIDE AU LOGEMENT

oui

Non

n° d'allocataire :

NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME PAYEUR :

## PERSONNES A JOINDRE EN CAS DE DIFFICULTES

Nom, prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone fixe/portable :

Nom, prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone fixe/portable :

AUTRE(S) INFORMATION(S) QUE VOUS SOUHAITERIEZ NOUS COMMUNIQUER :

PIECE A FOURNIR :

- CERTIFICAT MEDICAL ATTESTANT DE VOTRE APTITUDE A INTEGRER UN LOGEMENT EN RESIDENCE D'AUTONOMIE
- ATTESTATION DE VOTRE GIR (IL DOIT ETRE DE 5 OU 6)
- PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'IDENTITE
- PHOTOCOPIE DE L'AVIS D'IMPOSITION
- RIB

SIGNATURE DU DEMANDEUR

J'ACCEPTÉ QUE MES DONNEES PERSONNELLES COLLECTÉES SOIENT EXPLOITÉES POUR LES FINALITES DECRITES CI-DESSOUS

LA MAIRIE DE SAINT-CYPRIEN RECUEILLE ET TRAITE LES DONNEES PERSONNELLES DE CE FORMULAIRE AFIN DE POUVOIR ETUDIER VOTRE DEMANDE ET LE CAS ECHEANT VOUS INSCRIRE SUR UNE LISTE D'ATTENTE.

CONFORMEMENT AU REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES DU 25/05/2018 ET A LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES MODIFIEE PAR LA LOI DU 20 JUIN 2018, VOUS BENEFICIEZ D'UN DROIT D'ACCES, DE RECTIFICATION, D'OPPOSITION, A LA LIMITATION DES TRAITEMENTS, A LA SUPPRESSION DES DONNEES VOUS CONCERNANT.

VOUS SEUL POUVEZ EXERCER VOS DROITS SUR VOS PROPRES DONNEES ET CELLES DES ENFANTS MINEURS DONT VOUS ETES RESPONSABLE :

- EN REMPLISSANT LE FORMULAIRE DEDIE AUPRES DE LA MAIRIE DE SAINT-CYPRIEN

- EN CONTACTANT LE DELEGUE A LA PROTECTION DES DONNEES SUR LES COORDONNEES SUIVANTES : ATD 24, 2 PLACE HOCHÉ, 24 000 PERIGUEUX OU [DPD.MUTUALISE@ATD24.FR](mailto:DPD.MUTUALISE@ATD24.FR). POUR EN SAVOIR PLUS, VOUS POUVEZ CONSULTER LA POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNEES OU REGLEMENT INTERIEUR MISE EN PLACE PAR LA COMMUNE DE SAINT-CYPRIEN.

\*\*\*\*\*