



DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE
COMMUNE DE SAINT-CYPRIEN

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 / CERFA 11510*01 SOUS PLI CONFIDENTIEL
- 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
DECRISES 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. 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.
