



DEMANDE DE LOGEMENT

RESIDENCE AUTONOMIE
PAULE DE CARBONNIER

DEMANDEUR	CONJOINT
Nom, prénom :	Nom, prénom :
Né(e) le : ___/___/_____	Né(e) le : ___/___/_____
à	à
Nationalité :	Nationalité :
N° sécurité sociale :	N° sécurité sociale :
N° allocataire CAF :	N° allocataire CAF :
Adresse actuelle :	Adresse actuelle :
Téléphone :	Téléphone :

REVENUS

DEMANDEUR	CONJOINT
<input type="checkbox"/> C.R.A.M.A. n° : Montant mensuel :	<input type="checkbox"/> C.R.A.M.A. n° : Montant mensuel :
<input type="checkbox"/> M.S.A. n° : Montant mensuel :	<input type="checkbox"/> M.S.A. n° : Montant mensuel :
<input type="checkbox"/> Autre : n° : Montant mensuel :	<input type="checkbox"/> Autre : n° : Montant mensuel :
<input type="checkbox"/> Retraite(s) complémentaire(s) : n° : Montant trimestriel :	<input type="checkbox"/> Retraite(s) complémentaire(s) : n° : Montant trimestriel :
<input type="checkbox"/> Retraite(s) complémentaire(s) : n° : Montant trimestriel :	<input type="checkbox"/> Retraite(s) complémentaire(s) : n° : Montant trimestriel :
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une allocation supplémentaire (ex :FNS) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Titulaire d'une allocation supplémentaire (ex :FNS) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SITUATION FAMILIALE

<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> En concubinage	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/>

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
- 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 TRAITÉ 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.
