



DOSSIER DE DEMANDE D'ATTRIBUTION D'UN LOGEMENT SOCIAL

COMMUNAUTE DE COMMUNES ATLANCIA

Ce dossier vous permet de déposer votre candidature pour l'attribution d'un logement social de la Communauté de Communes ATLANCIA.

Les étapes à suivre :

1°) Votre demande doit être **retournée correctement remplie et signée** à la :

Communauté de Communes ATLANCIA
ZAE « Le Soleil Levant »
85 800 GIVRAND

2°) Avec votre demande, vous devez fournir 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

3°) Par retour de courrier, nous **accuserons réception** de votre dossier et vous serez informé des disponibilités présentes sur le territoire d'Atlancia.

En cas de logements disponibles, nous communiquerons, dans la mesure du possible, les **dates d'examen** des dossiers.

En l'absence de logements disponibles, nous mettrons votre demande **en attente**.

Votre demande a une durée de validité de 12 mois et doit être renouvelée 1 mois avant sa date d'expiration.

CADRE RESERVE A LA COLLECTIVITE

Numéro de dossier : **Enregistré le :**

Nom : **Prénom :**

Ce dispositif a fait l'objet d'une demande d'avis auprès de la C.N.I.L. le 6 avril 2007.

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.

Téléphone professionnel : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

E-mail : _____

3. VOTRE SITUATION DE FAMILLE ACTUELLE

* Cocher la case correspondante à votre situation

Célibataire Concubinage PACS Veuf (ve)

Marié(e) depuis le : _____

Divorcé(e) depuis le : _____

Séparé(e) depuis le : _____

4. QUELLES SONT LES PERSONNES QUI VIVRONT DANS LE LOGEMENT ?

Nom et prénom	Date de Naissance	Sexe M/F	Lien de parenté*	Activité**
1-	.../.../....			
2-	.../.../....			
3-	.../.../.....			
4-	.../.../.....			

*ascendant / enfant / droit de visite / garde alternée / autre

**CDI / CDD / interim / chômage/ études/ retraite/ autre (sans activité et sans recherche d'emploi)

Naissance prévue : Oui Non

Si naissance prévue, indiquez le nombre d'enfants à naître : |_|_|

et la date de naissance prévue :

5. VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

LE DEMANDEUR :

Votre profession : _____

* Cocher la case correspondante à votre situation

- | | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Emploi à durée indéterminée | <input type="checkbox"/> Emploi à durée déterminée, stage, intérim
Si C.D.D., date de fin de contrat : _____ |
| <input type="checkbox"/> Chômage indemnisé | <input type="checkbox"/> Chômage non indemnisé |
| <input type="checkbox"/> Etudiant(e) | <input type="checkbox"/> Retraité(e) Depuis le : _____ |
| <input type="checkbox"/> Inactif (ve) | <input type="checkbox"/> Fonctionnaire d'Etat |
| <input type="checkbox"/> Fonctionnaire territorial | |

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

Code postal : |_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone de l'entreprise : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

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

Adresse et 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
Si C.D.D., date de fin de contrat : _____ |
| <input type="checkbox"/> Chômage indemnisé | <input type="checkbox"/> Chômage non indemnisé |
| <input type="checkbox"/> Etudiant(e) | <input type="checkbox"/> Retraité(e) Depuis le : _____ |
| <input type="checkbox"/> Inactif (ve) | <input type="checkbox"/> Fonctionnaire d'Etat |
| <input type="checkbox"/> Fonctionnaire territorial | |

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

Code postal : |_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone de l'entreprise : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

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

Adresse et 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 : _____

6 . VOS RESSOURCES MENSUELLES NETTES

Indiquer vos ressources pour le mois complet précédant votre demande

ATTENTION ! Indiquez les montants en EUROS

Mois : _____ **Année** _____

	Demandeur	Conjoint ou co-demandeur	Autre(s) per- sonne(s)
Salaire net mensuel	€	€	€
Retraite nette mensuelle	€	€	€
ASSEDIC Mensuelle	€	€	€
Pension alimentaire mensuelle	€	€	€
Allocation Adulte Handicapé mensuelle (A.A.H.) (hors aide au logement)	€	€	€
Revenu Minimum d'Insertion (R.M.I) (hors aide au logement)	€	€	€
Allocation Parent Isolé mensuelle (A.P.I.) (hors aide au logement)	€	€	€
Allocation Parentale d'Education men- suelle (A.P.E.) (hors aide au logement)	€	€	€
Minimum vieillesse mensuel (hors aide au logement)	€	€	€
Allocations Familiales mensuelles (hors aide au logement)	€	€	€
Autres (hors aide au logement)	€	€	€

Cadre réservé à la collectivité

Revenus déclarés **avant** déductions et
abattement de l'année :..._____

Revenus déclarés **après** déductions et
abattement de l'année :..._____

7. 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 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 loyer et charges ? Oui Non

LE MOTIF DE VOTRE DEMANDE

Expliquez en quelques lignes les raisons de votre demande :

.....
.....
.....
.....

8. LE LOGEMENT QUE VOUS RECHERCHER

- 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 ? 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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Etes-vous placé sous un régime de tutelle ? Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Je certifie que les renseignements portés ci-dessus sont exacts.

Date :

Signature :