



## DEMANDE DE LOGEMENT RESIDENCE LE FOULON

### Cadre réservé à l'Association :

Date de la demande :

N° :

### ETAT CIVIL DE LA PERSONNE

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : ..... Pays : .....

Nationalité : .....

Adresse actuelle : n° : ..... rue : .....

code postal : ..... ville : ..... département : .....

Situation familiale :  marié(e)  concubin(e)  célibataire  
 veuf(ve)  divorcé(e)  séparé(e)

N° de téléphone : .....

N° de sécurité sociale : ..... N° d'allocataire : CAF  .....  
MSA  .....

### ETAT CIVIL DU CONJOINT OU CONCUBIN

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : ..... Pays : .....

Nationalité : .....

Adresse actuelle : n° ..... rue : .....

code postal : ..... ville : ..... département : .....

N° de téléphone : .....

N° de sécurité sociale : ..... N° d'allocataire : CAF  .....  
MSA  .....



12 B rue Diderot - 47031 AGEN Cedex - Tél 05 53 77 50 60 - Fax 05 53 66 38 49  
www.ciliopee.com - Courriel : ciliopeehermitage@ciliopee.com

## PERSONNES A JOINDRE EN CAS DE BESOIN DE L'ASSOCIATION

Nom, prénoms	Date et lieu de naissance	statut

## RESSOURCES

Veillez indiquer ci-dessous la nature et le montant de chacune de vos ressources (retraites, pension, etc...)

Nature		Montant mensuel	
vous	votre conjoint	vous	votre conjoint
TOTAUX			

## MOTIF DE LA DEMANDE DE LOGEMENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

**Pour pouvoir être enregistrée, votre demande doit obligatoirement être accompagnée de la photocopie des pièces suivantes**

- livret de famille et carte d'identité ou passeport
- extrait du jugement de tutelle ou de curatelle
- justificatifs des ressources perçues (pension, retraite, etc...)
- dernier avis d'imposition ou de non imposition (intégralité de l'avis)
- trois dernières quittances de loyer (si vous êtes locataire) ou une attestation de propriété ou une attestation d'hébergement
- dernière quittance EDF ou GDF
- relevé d'identité bancaire ou postal
- certificat médical attestant que votre état de santé vous permet de rentrer au Foyer et que vous êtes apte à subvenir seul(e) aux actes de la vie courante
- questionnaire d'évaluation de la dépendance (grille AGGIR) à faire remplir par votre médecin traitant

Date :

Signature du/des demandeur(s) :



