

Cadre réservé à l'Association :

Date de la demande : n°

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE :

Nom : Prénoms :

Date, lieu de naissance : à : Pays :

Nationalité :

Adresse actuelle : n°..... rue :

code postal ville : dépt :

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 : Prénoms :

Date, lieu de naissance : à : Pays :

Nationalité :

Adresse actuelle : n°..... rue :

code postal ville : dépt :

N° de téléphone :

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

MSA

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

Nom, prénom	lien de parenté	adresse	téléphone

RESSOURCES :

Veuillez 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).
- les 3 dernières quittances de loyer (si vous êtes locataire) ou une attestation de propriété ou bien une attestation d'hébergement.
- la dernière quittance EDF-GDF.
- un relevé d'identité bancaire ou postal.
- un 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.
- le questionnaire d'évaluation de la dépendance (grille AGGIR) à faire remplir par votre médecin traitant.

Date :

Signature du/des demandeur(s) :

