



DEMANDE DE LOGEMENT

IDENTIFICATION

RENSEIGNEMENTS	DEMANDEUR	CODEMANDEUR
	<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Monsieur
	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Madame
	<input type="checkbox"/> Mademoiselle	<input type="checkbox"/> Mademoiselle
NOM		
PRENOM		
NOM DE JEUNE FILLE		
DATE DE NAISSANCE		
LIEU DE NAISSANCE		
NATIONALITE		
N° ALLOCATAIRE (CAF, MSA)		
ADRESSE MAIL :		
N° TELEPHONE PORTABLE :		
CELIBATAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARIE(E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEPARE(E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIVORCE(E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VEUF(VE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCUBINAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PACSE(E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

NOM ET PRENOM	LIEN DE PARENTE	SEXE	DATE ET LIEU DE NAISSANCE

PROFESSION

DEMANDEUR	CODEMANDEUR
<input type="checkbox"/> ouvrier <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> fonctionnaire <input type="checkbox"/> cadre <input type="checkbox"/> commerçant <input type="checkbox"/> artisan <input type="checkbox"/> profession libérale <input type="checkbox"/> agriculteur <input type="checkbox"/> demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> étudiant/apprenti <input type="checkbox"/> pré-retraité/retraité <input type="checkbox"/> sans profession <input type="checkbox"/> autres (à préciser) :	<input type="checkbox"/> ouvrier <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> fonctionnaire <input type="checkbox"/> cadre <input type="checkbox"/> commerçant <input type="checkbox"/> artisan <input type="checkbox"/> profession libérale <input type="checkbox"/> agriculteur <input type="checkbox"/> demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> étudiant/apprenti <input type="checkbox"/> pré-retraité/retraité <input type="checkbox"/> sans profession <input type="checkbox"/> autres (à préciser) :
En :	En :
<input type="checkbox"/> C.D.I. <input type="checkbox"/> C.D.D. Date de fin de contrat :	<input type="checkbox"/> C.D.I. <input type="checkbox"/> C.D.D. Date de fin de contrat :
Employeur :	Employeur :
Adresse :	Adresse :
N° de téléphone :	N° de téléphone :

RESSOURCES

	DEMANDEUR	CODEMANDEUR
REVENUS MENSUELS NETS		
RESSOURCES MENSUELLES NETTES DES AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER (ENFANTS-ASCENDANTS)		
ALLOCATION PARENT ISOLE		
ALLOCATION ADULTE HANDICAPE		
PENSION D'INVALIDITE		
ALLOCATIONS FAMILIALES		
REVENU MINIMUM D'INSERTION		
PENSION ALIMENTAIRE		
AUTRES (à préciser)		
TOTAL RESSOURCES		

Dossier de surendettement
ou dépôt d'une demande en cours

OUI

NON

OUI

NON

VOTRE LOGEMENT ACTUEL

Adresse :

Téléphone :

Type du logement :

Date d'entrée dans les lieux : Délai de préavis :

Vous êtes :

propriétaire

locataire (1)

logement meublé

foyer

hôtel

logement de fonction

chez des parents

chez des amis

autres (à préciser) :

(1) Nom et adresse du propriétaire :

Montant du loyer mensuel (charges comprises) :

Percevez-vous l'A.P.L.

OUI

NON

MONTANT :

ou

l'allocation logement

OUI

NON

MONTANT :

MOTIF DE LA DEMANDE

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> expulsion | <input type="checkbox"/> manque de confort | <input type="checkbox"/> loyer et charges trop élevés |
| <input type="checkbox"/> insalubrité | <input type="checkbox"/> logement trop grand | <input type="checkbox"/> environnement |
| <input type="checkbox"/> vente du logement | <input type="checkbox"/> logement trop petit | <input type="checkbox"/> mutation professionnelle |
| <input type="checkbox"/> rapprochement familial | <input type="checkbox"/> mariage | <input type="checkbox"/> séparation ou divorce |
| <input type="checkbox"/> rapprochement du travail | <input type="checkbox"/> naissance | <input type="checkbox"/> problème de voisinage |
| <input type="checkbox"/> cohabitation | <input type="checkbox"/> indépendance | <input type="checkbox"/> sans domicile |
| <input type="checkbox"/> autres (à préciser) : | | |

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur, l'exactitude des éléments portés sur la présente demande et m'engage à faire connaître à la commune de Saint-Lyé toutes modifications qui pourraient intervenir ultérieurement.

Je reconnais également avoir été informé que la présente demande est valable pour un an et que faute d'obtenir l'attribution d'un appartement dans le délai, il me faudra constituer un nouveau dossier.

A....., le.....

Signature du demandeur :

Signature du codemandeur :

RESERVE A LA COMMUNE DE SAINT-LYE

* Date de la commission d'attribution des logements :

* Décision :



HÔTEL DE VILLE

4, avenue de la Gare - 10180 SAINT-LYÉ - Tél. : 03 25 76 60 07 - Fax : 03 25 76 59 89

mairie@saint-lye.fr - www.saint-lye.fr