DEMANDE D’INSCRIPTION POUR LES APPARTEMENTS PROTÉGÉS

1. DEMANDE POUR

Personne seule  Personne en couple

(un questionnaire par personne)

Nom : ……………………………………………………………….. Nom du conjoint : ………………………………………..

Prénom : …………………………………………………………… Prénom du conjoint : ……………………………………

Date de naissance : …………………………………………… Date de naissance : ……………………………………….

Etat civil : …………………………………………………………. Etat civil : ……………………………………………………..

N° de téléphone : ……………………………………………… N° de portable : ……………………………………………

Adresse actuelle : ……………………………………………..

N° postal : ………………………………………………………… Localité : ………………………………………………………

Date d’entrée souhaitée : …………………………………

Possédez-vous un animal ?  OUI  NON

Si oui, lequel ? ………………………………………………….. Pour un chien, quelle race ? …………………………

1. TYPE ET SITUATION DE L’APPARTEMENT SOUHAITÉ

2 pièces  3 pièces

Disposez-vous d’une voiture ?  OUI  NON

N° de plaques : ………………………………………………..

Souhaitez-vous disposer d’une place de parc ?  OUI  NON

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Êtes-vous actuellement :  Locataire  Propriétaire

Montant de votre loyer actuel ? ………………………………………………………………………………………………………….

Quel est le délai de résiliation de votre logement actuel ? …………………………………………………………………..

Avez-vous des poursuites en cours ?  OUI  NON

De quelle nature sont vos revenus ?  Rente AVS/AI

Caisse de pension LPP

Prestations complémentaires

Autres revenus : ……………………………………………………………….

Êtes-vous au bénéfice d’une RC privée ?  OUI  NON

1. VOS MOTIVATIONS POUR ÊTRE LOCATAIRE D’UN APPARTEMENT PROTÉGÉ

(plusieurs réponses possibles)

Parce que la vie au domicile actuel n’est plus possible

Préciser en quoi : …………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Pour vous sentir entouré(e)

Pour des raisons de santé

Pour vous sentir en sécurité

Pour vivre dans un appartement qui facilite votre mobilité

Autre (merci de préciser) : ………………………………………………………………………………………………………………

1. ACTUELLEMENT VOUS VIVEZ

A domicile, sans aucune aide

A domicile, avec de l’aide  du CMS de Rolle

d’un autre CMS (à préciser) : ……………………………………………

Autre (à préciser) : ……………………………………………………………

Pour le ménage

Pour les repas à domicile

Pour la toilette ou autres soins de base

Pour des soins infirmiers

Pour un traitement d’ergothérapie

Pour un suivi de l’assistance sociale

Autre (merci de préciser) : ………………………………………………..

Chez un membre de votre famille

Autre (merci de préciser) : ………………………………………………………………………………………………………………

1. GESTION ADMINISTRATIVE

Gérez-vous vous-même vos affaires administratives ?  OUI  NON

Avez-vous un curateur ?  OUI  NON

Le cas échéant, indiquer le nom et l’adresse de la personne répondante : ………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. VOTRE MOBILITÉ

(plusieurs réponses possibles)

Vous sortez et marchez seul(e)

Vous marchez à l’aide d’une canne / rollator (souligner ce qui convient)

Vous marchez avec l’aide d’un tiers

Vous vous déplacez en chaise roulante

Autre (merci de préciser) : ………………………………………………………………………………………………………………

1. VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

Vous vous considérez en bonne santé

Certaines parties de votre corps vous font souffrir ou limitent votre bien-être. Si vous le souhaitez, vous pouvez préciser : …………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. DE VOTRE CÔTÉ, AURIEZ-VOUS UNE PRESTATION / UN SERVICE À OFFRIR À L’UN OU L’AUTRE DES LOCATAIRES (PERSONNE SEULE OU FAMILLE) ?

Si oui, lesquels : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. NOUS VOUS REMERCIONS DE PRÉCISER LES ATTENTES QUE VOUS AVEZ PAR RAPPORT À VOTRE ÉVENTUEL EMMÉNAGEMENT

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. DOSSIER À FOURNIR

* Relevé des derniers versements de revenus (rentes et/ou salaire)
* Copie des PC (prestations complémentaires) ou PCG (prestations complémentaires de guérison)
* Déclaration d’impôts
* Copie de la police d’assurance responsabilité civile

Date : ………………………………………………………………….. Signature : ………………………………………………………

Merci de retourner ce questionnaire à : Société Coopérative d’Habitation de Rolle

Case Postale 1033

1180 Rolle

Pour tout renseignement complémentaire : 021 826 12 11 ou coop.hab.rolle@bluewin.ch

*Toutes les données remises à la Société Coopérative d’Habitation de Rolle sont conservées et traitées de manière confidentielle et peuvent être retournées sur simple demande.*