

DEMANDE DE LOGEMENT

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom :
 Prénom :
 Nom de naissance :
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Nationalité :
 Adresse actuelle :

 N° de téléphone :
 Mail :

ETAT CIVIL DU CO-DEMANDEUR

Nom :
 Prénom :
 Nom de naissance :
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Nationalité :
 Adresse actuelle :

 N° de téléphone :
 Mail :

SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire
 ☐ Marié(e) / Pacsé(e)
 ☐ Veuf(ve)
 ☐ Divorcé(e)
☐ Séparé(e)
 ☐ Vie maritale
 ☐ Autres, préciser :

COORDONNEES DE LA FAMILLE OU DES PROCHES

Nom : Prénom : Lien de parenté :
 Adresse :
 N° de téléphone : Mail :

 Nom : Prénom : Lien de parenté :
 Adresse :
 N° de téléphone : Mail :

PERSONNE REFERENTE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN

Nom : Prénom : Lien de parenté :
 Adresse :
 N° de téléphone : Mail :
 N° de téléphone professionnel :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

☐ Non

☐ Oui (Si oui, remplir ci-après)

☐ Curatelle

☐ Tutelle

☐ Autre (préciser) :

Nom et coordonnées de la personne ou de l'organisme en charge de cette mesure :

Adresse :

N° de téléphone : Mail :

Date d'effet : Durée :

SANTÉ	
SECURITE SOCIALE :	MUTUELLE :
Caisse :	Caisse :
Adresse :	Adresse :
N° d'immatriculation : 	N° adhérent :
MEDECIN TRAITANT :	
Nom et Prénom : Téléphone :	
Adresse :	

RENSEIGNEMENT CONCERNANT VOTRE LOGEMENT ACTUEL

☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Autre (préciser) :

Bénéficiaire d'une aide au logement :

☐ Non

☐ Oui (Si oui, remplir ci-après)

Nom et adresse de l'organisme de rattachement :

.....

N° allocataire :

LOGEMENT SOUHAITE

☐ F1 (à titre indicatif, montant de la redevance mensuelle au 01/01/2024 : 469,44 €)

☐ F2 (à titre indicatif, montant de la redevance mensuelle au 01/01/2024 : 547,34 €)

Date d'entrée souhaitée :

RESSOURCES MENSUELLES	DEMANDEUR		CO-DEMANDEUR	
	Organisme	Montant	Organisme	Montant
Retraite principale				
Retraite complémentaire				
Salaire				
Pension d'invalidité				
Allocation Adulte Handicapé				
Autre(s) ressource(s)				
TOTAL RESSOURCES				

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE DE LOGEMENT

- Copie du livret de famille ou de la carte d'identité
- Justificatifs récents de toutes les ressources
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Grille AGGIR, dûment complétée, mentionnant le GIR (1 à 6) du (des) intéressé(s)
- Quittance de loyers

Nom / Prénom de la personne ayant constitué le dossier
de demande de logement :

.....

Date et signature :

CADRE RESERVE AU CCAS DE SAVERNE

Dossier complet le :

Entretien réalisé le :

Dossier présenté en commission interne
le :

☐ Favorable ☐ Ajourné ☐ Défavorable

Remarques :

GRILLE AGGIR A RENSEIGNER PAR UN MEDECIN (AUTONOMIE GERONTOLOGIE GROUPE ISO-RESSOURCES)

NOM : Prénom :

Date de naissance :

A : Actes accomplis seul spontanément, totalement, habituellement et correctement

B : Actes accomplis partiellement – **C** : Actes non accomplis seul

			A	B	C
01	COHERENCE	Converser et se comporter de façon logique et censée			
02	ORIENTATION	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
03	TOILETTE Haut	Concerne l'hygiène corporelle du HAUT (visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffure)			
	Bas	Concerne l'hygiène corporelle du BAS (membres inférieurs, pieds, régions intimes)			
04	HABILLAGE DESHABILLAGE PRESENTATION Haut	Vêtements passés par les bras et/ou tête			
	Moyen	Fermeture des vêtements : boutonnage, fermeture éclair, ceinture, bretelles, pressions			
	Bas	Vêtements passés par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures...			
05	ALIMENTATION Se servir	Couper la viande, peler un fruit, remplir son verre...			
	Manger	Manger les aliments préparés, les porter à la bouche et les avaler			
06	ELIMINATION Urinaire	Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire			
	Anale	Assumer l'hygiène de l'élimination fécale			
07	TRANSFERTS	Se lever, se coucher, s'asseoir ; passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens			
08	DEPLACEMENT A L'INTERIEUR	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...			
09	DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
10	COMMUNICATION A DISTANCE	Utiliser les moyens de communication : Téléphone, sonnette, alarme...			

GIR de la personne :

Coordonnées du médecin : Fait à : Date :	Signature et cachet du médecin :
---	--