



DEMANDE DE LOGEMENT S.I.I.H.E

VOTRE IDENTITE

Le demandeur

*** Pour les associations, ne renseigner que les champs comportant un astérisque**

Monsieur

Madame

Nom * :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date de Naissance:

Nationalité : Française

Union Européenne

Hors Union Européenne

Le conjoint

Monsieur

Madame

Nom * :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date de Naissance:

Nationalité : Française

Union Européenne

Hors Union Européenne

Adresse de votre logement

Adresse où vous écrire (si elle est différente de celle de votre logement)

Adresse * :

Adresse :

Commune * :

Commune :

Code Postal * :

Code Postal :

Vos coordonnées téléphoniques et votre adresse de courrier électronique

Téléphone du demandeur * :

Portable du demandeur :

Téléphone travail demandeur * :

Téléphone du conjoint:

Mel du demandeur * :@.....

Votre situation de famille à ce jour

Célibataire

Marié

Divorcé

Séparé de fait

Concubinage

Pacsé

Veuf

Autres personnes que vous-même et votre conjoint qui vivront dans le logement

| Nom et prénom | date de naissance | Sexe | | Lien de Parenté (1) | Personne A charge | | Activité (2) | Présence Permanente | |
|---------------|-------------------|------|---|---------------------|-------------------|---|--------------|---------------------|---|
| | | M | F | | O | N | | O | N |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Naissance attendue : OUI NON

Date de naissance prévue : / /

(1) Ascendant/Enfant/Droit de visite/Garde alternée/Autre

(2) CDI/CDD/STAGE/Intérim/Chômeur/Etudiant/Formation/Retraité/Autre (sans activité ni recherche d'emploi)



Autres personnes à charge qui ne vivront pas dans le logement

| Nom et prénom | date de naissance | Sexe | | Lien de Parenté | Personne A charge | | Activité |
|---------------|-------------------|------|---|-----------------|-------------------|---|----------|
| | | M | F | | O | N | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

SITUATION PROFESSIONNELLE

Le demandeur

Profession :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contrat à Durée Indéterminée (CDI, Fonction publique) | <input type="checkbox"/> Actif non Salarié |
| <input type="checkbox"/> Contrat à Durée Déterminée (CDD), Stage, Intérim | <input type="checkbox"/> Apprenti ou Etudiant en contrat de professionnalisation |
| Si CDD, date de fin de contrat : /..... /..... | <input type="checkbox"/> Retraité depuis le : /..... /..... |
| <input type="checkbox"/> Chômage indemnisé | <input type="checkbox"/> Chômage non indemnisé |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, profession libérale | <input type="checkbox"/> Autre (sans activité et sans recherche d'emploi) |

Nom de l'employeur (si activité salariée) :

Adresse :

Code Postal : Commune :

N° de SIRET (sur fiche de paye) : Téléphone de l'employeur :

Code Postal lieu de Travail : Commune Lieu de Travail:

Entreprise de plus de 10 salariés : OUI NON (Si oui, demandez à votre employeur le nom du ou des organisme(s) collecteur(s) du 1% Logement auprès duquel (desquels) il cotise et mentionnez-le(s) ci-dessous)

Organisme(s) 1% :

Le conjoint

Profession :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contrat à Durée Indéterminée (CDI) | <input type="checkbox"/> Actif non Salarié |
| <input type="checkbox"/> Contrat à Durée Déterminée (CDD), Stage, Intérim | <input type="checkbox"/> Apprenti ou Etudiant en contrat de professionnalisation |
| Si CDD, date de fin de contrat : /..... /..... | <input type="checkbox"/> Retraité depuis le : /..... /..... |
| <input type="checkbox"/> Chômage indemnisé | <input type="checkbox"/> Chômage non indemnisé |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, profession libérale | <input type="checkbox"/> Autre (sans activité et sans recherche d'emploi) |

Nom de l'employeur (si activité salariée) :

Adresse :

Code Postal : Commune :

N° de SIRET (sur fiche de paye) : Téléphone de l'employeur :

Code Postal lieu de Travail : Commune Lieu de Travail:

Entreprise de plus de 10 salariés : OUI NON (Si oui, demandez à votre employeur le nom du ou des organisme(s) collecteur(s) du 1% Logement auprès duquel (desquels) il cotise et mentionnez-le(s) ci-dessous)

Organisme(s) 1% :

REVENU IMPOSABLE ANNUEL

| | Demandeur | Conjoint | Autre(s) Personne(s) | |
|---|-----------|----------|----------------------|--|
| Revenu Fiscal de référence de l'année N-2 | | | | |
| Revenu Fiscal de référence de l'année N-1 | | | | |



Montant des ressources mensuelles nettes qui vivront dans le logement

Table with 5 columns: Revenu net mensuel (activité salariée), Retraite nette mensuelle (et complémentaire), Allocation ASSEDIC mensuelle, Pension alimentaire perçue, Pension alimentaire versée, Pension d'Invalidité mensuelle, Montant mensuel des indemnités journalières, Allocation Adulte Handicapé mensuelle (AAH), Revenu mensuel de Solidarité Active (RSA), Allocation Jeune Enfant mensuelle (PAJE), Allocation de Minimum Vieillesse, Allocations familiales mensuelles (1), Autres (Hors APL et AL). Columns 2-5 are sub-categorized under Demandeur, Conjoint, and Autre(s) Personne(s).

(1) Dont complément familial, allocation de soutien familial...etc. (Hors Aide au logement – APL ou AL)

Etes-vous, votre conjoint ou une des autres personnes qui vivra dans le logement, propriétaire d'un autre logement ? :

OUI NON Si oui : Commune : Type de logement.....

VOTRE SITUATION DE LOGEMENT ACTUELLE

- Locataire dans le privé En logement-Foyer (FJT, FPH, FPA...) Logé à l'hôtel
 Locataire d'un logement social (1) Hébergé (parents, amis, enfants...) Logement de fonction
 Logement dont vous êtes propriétaire En habitat mobile (Caravane, Camping...) Sans Abri
 Sous locataire / Colocataire Logé en structure d'hébergement (CHRS, CHU, CADA, autres...)
 Hébergé dans un centre départemental de l'enfance, de la famille ou un centre maternel
 Logé dans une résidence sociale ou dans une pension de famille (Maison-relais ou ex Maison-relais)
 Dans des locaux impropres à l'habitation (Cave, garage, sous-sol, combles, cabane...)

(1) Si vous êtes locataire d'un logement social, merci de préciser le nom de l'organisme bailleur :

Montant total de votre quittance de loyer : Montant du loyer : Montant de l'AL ou APL :

Type de logement : Collectif Individuel / Chambre Studio/T1 T2 T3 T4 T5 / Surface :m²

Depuis quand êtes-vous locataire : / / Disposez-vous d'un Garant ? Oui Non

Nom et adresse de votre propriétaire.....

Durée de votre préavis si vous êtes déjà en location: Désirez-vous constituer un LOCAPASS : Oui Non

LE MOTIF DE VOTRE DEMANDE

(Numérotez par ordre d'importance vos 3 principaux motifs)

- Coût du logement actuel trop élevé Logement sinistré Raison de santé
 Démolition Rapprochement du lieu de travail Divorce / Séparation
 En situation d'expulsion Rapprochement de la famille Premier logement
 Logement mis en vente par propriétaire Logement actuel trop grand Handicap
 Problème d'environnement Logement actuel trop petit Décohabitation
 Regroupement familial Logement actuel sur-occupé Violences familiales
 Logement insalubre ou dangereux Logement non décent Futur mariage / PACS
 Exercice d'une activité d'assistant(e) maternel(le) ou Familiale agréé Problème de voisinage
 Rapprochement des équipements et services Mutation professionnelle
 Autre (précisez) :



SIIHE – 28 rue de la Redoute – BP 30177 – 67506 HAGUENAU CEDEX



LE LOGEMENT QUE VOUS RECHERCHEZ

Appartement Maison Indifférent Nombre de pièces souhaitées (Hors cuisine et salle de bains) :

Acceptez-vous un logement en rez-de-chaussée ? : OUI NON Voulez-vous un garage ? : OUI NON

Acceptez-vous un logement sans ascenseur ? : OUI NON

Indiquez le loyer maximum que vous êtes prêt à supporter (Charges et chauffage compris) : €

En cas de handicap nécessitant l'adaptation d'un logement, veuillez cocher la case ci-après :

Indiquez ci-dessous sur quelle commune vous souhaitez résider : **(Numérotez par ordre d'importance si plusieurs choix)**

HAGUENAU GUNDERSHOFFEN NIEDERBRONN LES BAINS

Quartier souhaité (facultatif) :

.....

.....

.....

VOS REMARQUES COMPLEMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SIGNATURE

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus et m'engage à fournir toutes les indications en cas de modification de ma situation.

Date : / /

Signature :