



OFFICE PUBLIC DE L'HABITAT DU CHER
 Siège : 14 rue Jean-Jacques Rousseau – B.P. 277 – 18006 Bourges Cedex
 Tél : 02.48.23.10.00 – Fax : 02.48.23.10.30

Antenne : 1 rue de Stalingrad – 18100 VIERZON

Tél : 02.48.71.52.44 – Fax : 02.48.71.73.65

Antenne : 20 rue du Four – 18200 SAINT AMAND MONTROND

Tél : 02.48.96.94.44 – Fax : 02.48.96.37.32

Numéro de dossier : Date d'enregistrement : - -

Numéro Unique Départemental : - -

Revenu fiscal année :

Revenu fiscal année :

Nombre de personnes à loger :

Cadre réservé à l'organisme

DEMANDE DE LOGEMENT

	Commune souhaitée	Quartier souhaité
Choix 1		
Choix 2		
Choix 3		

Type de logement souhaité : T1 T2 T3 T4 T5
 Appartement Maison exclusivement Indifférent

Date d'attribution souhaitée :

1 • VOTRE IDENTITÉ

- Le Demandeur -

M. Mme Melle
 Nom :
 Nom de naissance :
 Prénoms :
 Date de naissance :Lieu de naissance.....
 Nationalité :
 Nom, prénoms, et adresse des parents.....

- Le Conjoint -

M. Mme Melle
 Nom :
 Nom de naissance :
 Prénoms :
 Date de naissance :Lieu de naissance.....
 Nationalité :
 Nom, prénoms, et adresse des parents.....

2 • OÙ VOUS JOINDRE ?

Adresse :

Commune :Code postal :

Adresse courrier (si différente du domicile) :

.....
Commune :Code postal :

Téléphone personnel : Téléphone portable :

Téléphone travail : Téléphone conjoint :

- **Votre situation de famille actuelle** -

- Célibataire Union libre, concubinage Veuf(ve)
 Marié(e) depuis le :
 Divorcé(e) depuis le : ou Procédure en cours
 Séparé(e) depuis le : ou Procédure en cours

3 • QUELLES AUTRES PERSONNES VIVRONT DE FAÇON PERMANENTE DANS LE LOGEMENT ?

Nom et prénom	Date de naissance	Sexe M	Sexe F	Lien de parenté Précisez si co-locataire
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Nombre d'enfants accueillis dans le cadre d'un droit de visite :

4 • VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

- **Le demandeur** -

Profession :

- Emploi à durée indéterminée Emploi à durée déterminée, stage, intérim
 Chômage indemnisé Chômage non indemnisé
 Étudiant(e) Retraité(e) depuis le :
 Inactif(ve)

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Commune :Code postal :

- Le Conjoint -

Profession :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Emploi à durée indéterminée | <input type="checkbox"/> Emploi à durée déterminée, stage, intérim |
| <input type="checkbox"/> Chômage indemnisé | <input type="checkbox"/> Chômage non indemnisé |
| <input type="checkbox"/> Étudiant(e) | <input type="checkbox"/> Retraité(e) depuis le : |
| <input type="checkbox"/> Inactif(ve) | |

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Commune :Code postal :

5 • VOS RESSOURCES MENSUELLES NETTES

	Demandeur	Conjoint	Autre(s) Personne(s)
Salaire net mensuel			
Retraite nette mensuelle			
ASSEDIC mensuelle			
Pension alimentaire mensuelle reçue			
Indemnités journalières (maladie)			
Allocation Adulte Handicapée mensuelle (A.A.H.)			
Revenu Minimum d'Insertion mensuel (R.M.I.)			
Allocation Parent Isolé mensuelle (A.P.I.)			
Allocation Parentale d'Éducation mensuelle (A.P.E.)			
Allocation Familiales mensuelles (Allocation de soutien familial...) hors aide au logement.			
Autres pensions (Fonds National de Solidarité, Pension d'Invalidité...)			
TOTAL			

Avez-vous des crédits ou emprunts en cours de remboursement ? Oui Non

Lesquels ?

Montant du prêt ? Remboursements mensuels :

Date de fin de vos remboursements

Versez-vous une pension alimentaire ? Oui Non montant :

Bénéficiez-vous d'un plan de surendettement Banque de France ? Oui Non

- Sécurité Sociale -

C.A.F M.S.A.

Caisse de :

N° du demandeur :

N° du conjoint :

6 • VOTRE LOGEMENT ACTUEL

- Êtes-vous ? -

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Propriétaire de votre logement | <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement privé |
| <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement H.L.M. | <input type="checkbox"/> Logé dans un foyer (F.J.T, etc...) |
| <input type="checkbox"/> Sans domicile C.H.R.S., foyer d'hébergement... | <input type="checkbox"/> Habitat mobile (camping, caravane...) |
| <input type="checkbox"/> Logé par les parents, amis ou tiers | <input type="checkbox"/> Logé par l'employeur |

Nom et adresse du propriétaire ou du gérant:

.....
.....

Montant du loyer mensuel **Hors** charges et **hors** A.P.L. ou A.L. :

Montant mensuel A.P.L. ou A.L. :

Nombre de chambres de votre logement actuel :

Avez-vous un préavis ?

Oui Non

Si oui, 1 mois 2 mois 3 mois

Adresse de l'habitation précédente :

.....

- **Le motif de votre demande** -

Numérotez par ordre d'importance (1,2,3) vos 3 principaux motifs

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Futur mariage, union libre | <input type="checkbox"/> Habite chez les parents |
| <input type="checkbox"/> Divorce, séparation | <input type="checkbox"/> Hébergé par des amis, des tiers |
| <input type="checkbox"/> Affectation professionnelle nouvelle | <input type="checkbox"/> Habitat précaire (foyer, chambre...) |
| <input type="checkbox"/> Éloignement du lieu de travail | <input type="checkbox"/> Résiliation de bail par le propriétaire |
| <input type="checkbox"/> Coût du logement trop élevé | <input type="checkbox"/> Logement actuel trop petit |
| <input type="checkbox"/> Échec à l'accession | <input type="checkbox"/> Logement actuel trop grand |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de voisinage | <input type="checkbox"/> Logement actuel inconfortable |
| <input type="checkbox"/> Problèmes d'environnement | <input type="checkbox"/> Étage actuel insatisfaisant |
| <input type="checkbox"/> Raisons de santé | <input type="checkbox"/> Naissance attendue |
| <input type="checkbox"/> Autre motif (à préciser SVP) | |

.....

7 • LE LOGEMENT QUE VOUS RECHERCHEZ

Nombre de chambres souhaitées :

Accepteriez vous une chambre ouverte sur le séjour ? Oui Non

Garage : Oui Non Parking : Oui Non

Étage(s) souhaité(s) :Logement desservi par ascenseur ? Oui Non

Observations du demandeur :

.....

.....

Je m'engage : - à signaler dans les plus brefs délais tout changement d'adresse ou toute autre modification relative à la présente demande

- à répondre dans les délais impartis à toute demande de renouvellement qui pourrait m'être adressée par votre organisme sous peine d'ANNULATION.

Fait le :à

Signature :

.....