**Appartements adaptés avec accompagnement - Questionnaire d’inscription**

1. **Demande pour**

❑ Personne seule

❑ Personne en couple

Un questionnaire par personne

Nom : Prénom :

Commune d’origine : Lieu de naissance :

Date de naissance : Etat civil :

N° de téléphone : N° de natel :

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 plaque :

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

1. **Renseignements administratifs**

Etes-vous actuellement : ❑ Locataire ❑ Propriétaire

Quel est le délai de résiliation de votre logement actuel :

Pouvez-vous verser une garantie ou fournir une caution ? ❑ OUI ❑ NON

Avez-vous des poursuites en cours ? ❑ OUI ❑ NON

Etes-vous au bénéfice des prestations AVS / AI ❑ OUI ❑ NON

Si oui, lesquelles :

Etes-vous au bénéfice des prestations complémentaires ? ❑ OUI ❑ NON

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

Nom de la compagnie :

1. **Vos motivations pour être locataire d’un appartement adapté**

(Plusieurs réponses possibles)

❑ Parce que la vie à mon domicile 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 du Mont

 ❑ d’un autre CMS (à préciser) :

 ❑ Autre (à préciser) :

 ❑ Pour le ménage

❑ Vous bénéficiez des 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’assistante 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

Le cas échéant, indiquez 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 des revenus (rentes et ou salaire, 2ème et ou 3ème pillier)**
* **Copie de la décision des PC (prestations complémentaires) ou RFM (remboursement de frais médicaux) – documents complets**
* **Copie de la dernière taxation fiscale**
* **Extrait de l’office des poursuites**
* **Attestation de l’assurance Responsabilité Civile (RC)**

Date : Signature :

|  |  |
| --- | --- |
| Merci de retourner ce questionnaire à : | Association La Paix du SoirGuillaume RouletDirecteurCh. de Longeraie 91052 Le Mont-sur-Lausanne |
| Pour toute question administrative : | E-mail : guillaume.roulet@paixdusoir.chTél. : +41 21 651 66 66 |
| Pour une visite ou tout autre renseignement  : | Astrid Grangier (Référente Sociale)E-mail : astrid.grangier@paixdusoir.ch Tél : +41 79 198 43 42 |

***Les dossiers sont traités en toute confidentialité par les directions de La Paix du Soir et du Centre Médico-Social du Mont.***