

Appartements protégés - 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 ?

2. 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

3. 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 :

4. Vos motivations pour être locataire d'un appartement protégé

(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) :

5. 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) :

6. Gestion administrative

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

Le cas échéant, indiquez le nom et l'adresse de la personne répondante :

.....
.....

7. 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) :

8. 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 :

9. 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 :

10. Nous vous remercions de préciser les attentes que vous avez par rapport à votre éventuel emménagement

.....

11. Dossier à fournir

- Relevé des derniers versements des revenus (rentes et ou salaire, 2^{ème} et ou 3^{ème} pilier)
- 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 :

Véronique Muller
Assistante de direction
Association La Paix du Soir
Ch. de Longeraie 9
1052 Le Mont-sur-Lausanne

Pour tout renseignement complémentaire :

E-mail : veronique.muller@paixdusoir.ch
Tél. : +41 21 651 66 74

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