



Centre communal d'action sociale

**Résidence Autonomie « Les Imbergères »**

**DEMANDE DE LOGEMENT**

NOM.....PRENOMS.....  
Date de naissance.....Lieu de naissance.....  
Nationalité.....Téléphone.....

**Situation de famille**

Célibataire  marié(e)  veuf(ve)   
Divorcé(e)  séparé(e)  vie maritale

NOM de jeune fille de l'épouse..... PRENOMS.....  
Date de naissance.....Lieu de naissance.....  
Nationalité.....

Adresse actuelle.....Téléphone.....

Date d'arrivée à Sceaux.....

Si vous avez dû quitter Sceaux quelques temps, précisez les dates.....

Motif de l'éloignement .....

Noms, adresses et téléphones des enfants ou personnes à prévenir

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

A l'exception des enfants, précisez les attaches que vous avez à Sceaux :

**Famille** :(beau-frère, belle-sœur, cousin etc...)

NOM.....

Adresse..... Téléphone.....

**Amis** :

NOM.....

Adresse..... Téléphone.....

**CONDITIONS ACTUELLES D'HABITATION**

Il suffit de répondre par **OUI** ou par **NON** aux questions posées concernant votre **logement actuel**.

Si vous estimez nécessaire d'apporter des précisions supplémentaires, il vaut mieux les donner en page 4 sous la rubrique « **OBSERVATIONS** ».

1/ **Est-il trop petit ?** OUI NON

Superficie : Nombre de pièces :

2/ **Est-il trop grand ?** OUI NON

Superficie : Nombre de pièces :

3/ **Est-il trop cher ?** OUI NON

Si vous êtes **locataire**, montant du loyer et des charges mensuels pour l'année en cours :

Si vous êtes **propriétaire**, montant des charges diverses mensualisées :

4/ **Est-il d'un accès difficile ?** OUI NON

**Y a-t-il un ascenseur ?** OUI NON

5/ **Est-il trop inconmode ?** si OUI, pourquoi ? .....

6/ **Est-vous trop éloigné(e)**

de vos voisins ? OUI NON

Si vous êtes entouré(e) de vos voisins, êtes-vous isolé(e) d'eux OUI NON

Pendant les vacances d'été ? OUI NON

Pendant les vacances scolaires ? OUI NON

**Vos commerçants sont-ils facilement accessibles ?**

A pied ? OUI NON

En autobus ? OUI NON

**Vous sentez vous trop éloigné(e) ?**

De vos amis ? OUI NON

De vos centres d'activité ? OUI NON

**7/ Les communications (autobus, minibus, taxis) sont-elles facilement accessibles de chez vous ?**

OUI NON

et accessibles pour vous ? OUI NON

**8/ Etes-vous menacé(e) d'expulsion ? OUI NON**

Si OUI, pourquoi ? .....

Quand ? .....

**9/ Si vous n'êtes ni locataire, ni propriétaire, habitez-vous actuellement :**

**chez des parents ?** OUI NON

Si OUI depuis quelle date ? .....

**Chez des amis ?** OUI NON

Si OUI depuis quelle date ? .....

**RENSEIGNEMENTS DIVERS**

**Profession(s) exercée(s) autrefois par le demandeur :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Par son conjoint :**

.....  
.....  
.....  
.....

Numéro de sécurité sociale du demandeur : .....

De son conjoint : .....

Numéro d'allocations familiales : .....

**Organismes versant les retraites principales et complémentaires du demandeur :**

NOM	ADRESSE	MONTANT MENSUEL

**Organismes versant les retraites principales et complémentaires de son conjoint :**

NOM	ADRESSE	MONTANT MENSUEL

**Montant total des revenus annuels (retraites et autres revenus) :** .....

**L'admission à la résidence des Imbergères est-elle souhaitée pour :**

ANNEE	OUI	NON
2018		
2019		
2020		
2021		

<b>OBSERVATIONS</b>
---------------------

Motifs qui justifient la demande d'admission à la résidence dès ..... ou plus tard (habitat actuel, âge, incommodités etc...) .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**NOM DU MEDECIN TRAITANT** : .....

**Adresse** : ..... **Téléphone** .....

**Remarques particulières** : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DATE DE DEPÔT DE LA DEMANDE** : .....

En renseignant ce formulaire,

J'accepte que les informations qui y figurent soient utilisées pour la demande, le suivi et la facturation de la location du logement à la résidence autonomie « Les Imbergères », désignées comme « la finalité de traitement ».

La collecte des données du questionnaire médical a pour base légale le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées

Les informations recueillies me concernant font l'objet d'un traitement destiné au Centre communal d'action sociale, représenté par Philippe Laurent, président, 122 rue Houdan, 92330 Sceaux.

Les destinataires de ces données sont Centre communal d'action sociale de la ville de Sceaux, la Trésorerie municipale.

Ces données seront conservées jusqu'au départ du résident ou en cas de sommes restant dues jusqu'au paiement complet des sommes dues.

Je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement des données me concernant et d'un droit de limitation du traitement de ces données.

Je peux m'opposer au traitement des données me concernant et je dispose du droit de retirer mon consentement à tout moment en m'adressant au délégué à la protection des données – Armelle Guichard – 122 rue Houdan 92330 Sceaux.

Je peux introduire une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 07.

**SIGNATURE** :

Ce questionnaire, **accompagné des pièces justificatives** est à retourner à l'adresse suivante :  
Résidence autonomie « Les Imbergères »  
19, rue des Imbergères  
92330 SCEAUX