

Demande d'inscription pour un appartement protégé

Pour donner suite à votre intérêt pour un appartement protégé à la Résidence Plein Sud Begnins SA, nous vous prions de remplir le questionnaire ci-dessous :

1. Renseignements généraux :

Personne seule

Couple

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse actuelle :

N° postal :

Localité :

Date de naissance :

Date de naissance :

Etat civil :

Etat civil :

N° de téléphone :

N° de téléphone :

N° de portable :

N° de portable :

Adresse courriel.....

Adresse courriel.....

Nationalité :

Nationalité :

Permis de séjour :

Permis de séjour :

Possédez-vous un animal : oui

non

Si oui , lequel :

Pour un chien, quelle race :

2. Entourage géographique :

Locataire 1 :

Locataire 2 :

* Etes-vous domicilié dans l'une des communes
actionnaires depuis 3 ans (voir brochure)

Non Oui

Non Oui

* Avez-vous été domicilié dans l'une de ces
communes pendant 10 ans :

Non Oui

Non Oui

* Avez-vous des parents directs domiciliés dans
l'une de ces communes depuis 5 ans :

Non Oui

Non Oui

* Etes-vous domicilié depuis 3 ans dans une commune
limitrophe des communes actionnaires :

Non Oui

Non Oui

* Etes-vous sans famille proche :

Non Oui

Non Oui

3. Situation actuelle :

(plusieurs réponses possibles)

- | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|
| A domicile, sans aide : | <input type="checkbox"/> | Locataire 1 | <input type="checkbox"/> | Locataire 2 |
| A domicile, avec de l'aide : | <input type="checkbox"/> | Locataire 1 | <input type="checkbox"/> | Locataire 2 |
| De l'aide pour le ménage: | <input type="checkbox"/> | Locataire 1 | <input type="checkbox"/> | Locataire 2 |
| De l'aide pour la toilette: | <input type="checkbox"/> | Locataire 1 | <input type="checkbox"/> | Locataire 2 |
| De l'aide pour des soins infirmiers: | <input type="checkbox"/> | Locataire 1 | <input type="checkbox"/> | Locataire 2 |
| Repas à domicile : | <input type="checkbox"/> | Locataire 1 | <input type="checkbox"/> | Locataire 2 |
| Soutien psychologique : | <input type="checkbox"/> | Locataire 1 | <input type="checkbox"/> | Locataire 2 |
| Autres prestations : | <input type="checkbox"/> | Locataire 1 | <input type="checkbox"/> | Locataire 2 |

Laquelle :.....

4. Type et situation de l'appartement souhaité :

- | | |
|--|---|
| 1,5 pièces <input type="checkbox"/> | niveau 1 avec terrasse <input type="checkbox"/> |
| 2,5 pièces <input type="checkbox"/> | niveau 2 avec balcon <input type="checkbox"/> |
| 3,5 pièces <input type="checkbox"/> | niveau 3 avec balcon <input type="checkbox"/> (1 avec terrasse) |
| Place de parking couverte <input type="checkbox"/> | Place de parking extérieure <input type="checkbox"/> |

Date d'entrée souhaitée :.....

Date d'entrée effective :.....

5. Motivation pour être locataire d'un appartement protégé :

(plusieurs réponses possibles)

- | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|
| Pour des raisons de santé : | <input type="checkbox"/> | Locataire 1 | <input type="checkbox"/> | Locataire 2 |
| Pour vous sentir entouré(e) : | <input type="checkbox"/> | Locataire 1 | <input type="checkbox"/> | Locataire 2 |
| Pour vous sentir en sécurité : | <input type="checkbox"/> | Locataire 1 | <input type="checkbox"/> | Locataire 2 |
| Afin de faciliter votre mobilité : | <input type="checkbox"/> | Locataire 1 | <input type="checkbox"/> | Locataire 2 |

Autre raison (merci de préciser) :.....

6. Prestations demandées (non comprises dans le prix du loyer)

(plusieurs réponses possibles)

| | Locataire 1 | Locataire 2 |
|--------------------|---|---|
| Soins à domicile : | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> |
| Repas à domicile : | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> |
| Autre prestation : | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> |
| Laquelle :..... | | Laquelle :..... |

7. Votre mobilité :

(Plusieurs réponses possibles)

| | Locataire 1 | Locataire 2 |
|--|---|---|
| Vous sortez et marchez seul(e) : | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> |
| Vous devez sortir et marcher accompagné(e) | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> |
| Vous marchez à l'aide d'une canne/rollator : | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> |
| Vous vous déplacez en chaise roulante : | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> |

8. Situation financière :

| | Locataire 1 | Locataire 2 |
|-------------------------------|---|---|
| Revenus mensuels : | frs. | frs. |
| Fortune : | frs. | frs. |
| Prestations Complémentaires : | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> |

9. Gestion administrative :

| | Locataire 1 | Locataire 2 |
|---|---|---|
| Gérez-vous seul(e) vos affaires administratives : | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> |

Si la réponse est non, merci d'indiquer les coordonnées du répondant administratif :

.....

10. Coordonnées du médecin-traitant :

.....

En signant ci-dessous, le(s) locataires) autorise(nt), en cas de nécessité, le médecin membre de la commission admission-démission, à contacter son(leur) médecin traitant.

| | | |
|--------|--------------------------|--------------------------|
| Date : | Signature du locataire 1 | Signature du locataire 2 |
| | | |

L'acceptation dans la résidence n'est validée qu'au moment de la signature du contrat de résidence.

Pièces à produire :

- Coordonnées assurance maladie et accidents + N° d'assuré
- Copie du contrat d'assurance RC privée
- Extrait de l'office des poursuites