

DEMANDE DE LOGEMENT

Réservée aux salariés d'entreprises adhérentes au COVECOL

Valable 1 an - A renvoyer dûment complétée au :

COVECOL
125 Boulevard des Belges
85036 LA ROCHE SUR YON CEDEX
Tél. 02 51 05 19 19



CIL 49
18 Place Pierre Mendès-France
BP 10211
49002 ANGERS CEDEX 01

CIL CENTRE ATLANTIQUE
20 Rue de Strasbourg
CS 68729
79027 NIORT CEDEX

9 Avenue Jean Guilton
17026 LA ROCHELLE CEDEX 1

CILVienne
90 Boulevard Blossac
BP 243
86102 CHATELLERAULT

Visa de l'employeur

Je soussigné(e)

Fonction

certifie avoir pris connaissance de la présente demande et vous prie de lui réserver le meilleur accueil.

Signature

Cachet de l'Entreprise

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du livret de famille (*marié ou enfants à charge*) ou de la carte de séjour (*pour les personnes de nationalité étrangère*)
- En cas de divorce ou de séparation, joindre un justificatif (*photocopie du jugement de divorce ou attestation de séparation*)
- Photocopie intégrale des 2 derniers avis d'imposition ou de non imposition de toutes les personnes vivant au foyer
- Photocopie du contrat de travail de toutes les personnes vivant au foyer
- Photocopie des 3 derniers bulletins de salaires et des justificatifs des revenus mensuels (*pensions, allocations...*) de toutes les personnes vivant au foyer.
- Photocopie des 3 dernières quittances de loyers ou attestation d'hébergement

Votre situation professionnelle

Le demandeur

Votre profession : _____

- Chômage indemnisé Fonctionnaire d'Etat
 Chômage non indemnisé Fonctionnaire hospitalier
 Emploi en CDD, stage, intérim Fonctionnaire territorial
Si CDD, date de fin de contrat ____ / ____ / ____
 Emploi en CDI Inactif(ve)
 Etudiant(e) Retraité(e) *Depuis le* ____ / ____ / ____

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. de l'entreprise : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Date d'entrée dans l'entreprise : ____ / ____ / ____

Commune du lieu de travail : _____

Votre entreprise a-t-elle + de 19 salariés ? Oui Non

Si oui, demandez à votre employeur le nom de l'organisme collecteur du 1% logement :

COVECOL Autre CIL (préciser) : _____

Le conjoint ou co-locataire du demandeur

Votre profession : _____

- Chômage indemnisé Fonctionnaire d'Etat
 Chômage non indemnisé Fonctionnaire hospitalier
 Emploi en CDD, stage, intérim Fonctionnaire territorial
Si CDD, date de fin de contrat ____ / ____ / ____
 Emploi en CDI Inactif(ve)
 Etudiant(e) Retraité(e) *Depuis le* ____ / ____ / ____

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. de l'entreprise : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Date d'entrée dans l'entreprise : ____ / ____ / ____

Commune du lieu de travail : _____

Votre entreprise a-t-elle + de 19 salariés ? Oui Non

Si oui, demandez à votre employeur le nom de l'organisme collecteur du 1% logement :

COVECOL Autre CIL (préciser) : _____

Vos ressources mensuelles

Mois : _____ Année : _____

	Demandeur	Conjoint ou co-demandeur	Autre(s) personne(s)
Salaire net mensuel	€	€	€
Retraite nette mensuelle	€	€	€
Assedic mensuelle	€	€	€
Pension alimentaire mensuelle <input type="checkbox"/> versée <input type="checkbox"/> reçue	€	€	€
Pension d'invalidité mensuelle	€	€	€
Allocation Adulte Handicapé mensuelle (A.A.H.) - <i>Hors aide au logement</i>	€	€	€
Revenu Minimum d'insertion mensuel (R.M.I.) - <i>Hors aide au logement</i>	€	€	€
Allocation Parent Isolé mensuelle (A.P.I.) - <i>Hors aide au logement</i>	€	€	€
Allocation Jeune Enfant mensuelle (P.A.J.E.) - <i>Hors aide au logement</i>	€	€	€
Minimum vieillesse mensuel - <i>Hors Aide au logement</i>	€	€	€
Allocations familiales mensuelles - <i>Hors aide au logement</i>	€	€	€
Autres - <i>Hors aide au logement</i>	€	€	€

Cadre réservé à l'organisme

Revenus déclarés avant déductions et abattements de l'année : <input type="text"/>			
Revenus imposables après déductions et abattements de l'année : <input type="text"/>			
Revenus déclarés avant déductions et abattements de l'année : <input type="text"/>			
Revenus imposables après déductions et abattements de l'année : <input type="text"/>			

Votre logement actuel

Etes-vous ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Logé par l'employeur | <input type="checkbox"/> Logé dans des locaux impropres (cave, sous-sol, garage, combles, cabane...) | <input type="checkbox"/> Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (C.A.D.A.)* |
| <input type="checkbox"/> Logé par les parents | <input type="checkbox"/> Habitat mobile (camping, caravane...) | <input type="checkbox"/> Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.)* |
| <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement privé | <input type="checkbox"/> Hôtel | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement d'urgence* |
| <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement social | <input type="checkbox"/> Sans domicile | <input type="checkbox"/> Résidences sociales, maisons relais, centre maternels* |
| <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement de collectivités locales | <input type="checkbox"/> Logé par des amis ou des tiers* | <input type="checkbox"/> Sous-location* |
| <input type="checkbox"/> Propriétaire de votre logement | <input type="checkbox"/> Logé dans un foyer (F.J.T.)* | |

* Pour tous ces statuts, pouvez-vous préciser depuis quelle date y êtes-vous logé ? : ____ / ____ / ____

Si vous êtes locataire d'un logement social, précisez auprès de quel organisme : _____

Montant du loyer mensuel

hors charges et **hors** A.P.L. ou A.L. : _____

Montant mensuel d'A.P.L. ou d'A.L. : _____

Avez-vous un préavis ? Oui Non

Si oui : 1 mois 2 mois 3 mois

Quel est votre type de logement ?

Studio T1 T2 T3

T4 T5 T6 T7

Quelle est la catégorie de votre logement ? Collectif Individuel

Êtes-vous à jour dans le paiement de vos loyers ? Oui Non

Votre logement est-il manifestement sur-occupé ? Oui Non

Le motif de votre demande

Identifiez par un ① votre motif principal

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Affectation professionnelle nouvelle | <input type="checkbox"/> Futur mariage, union libre | <input type="checkbox"/> Logement présentant un caractère indécent |
| <input type="checkbox"/> Coût du logement trop élevé | <input type="checkbox"/> Indépendance souhaitée | <input type="checkbox"/> Logement présentant un caractère insalubre ou dangereux |
| <input type="checkbox"/> Divorce, séparation | <input type="checkbox"/> Location saisonnière | <input type="checkbox"/> Problèmes de voisinage |
| <input type="checkbox"/> Echec à l'accession | <input type="checkbox"/> Logement actuel mis en vente | <input type="checkbox"/> Raisons de santé |
| <input type="checkbox"/> Eloignement du lieu de travail | <input type="checkbox"/> Logement actuel trop grand | <input type="checkbox"/> Rapprochement familial, des services |
| <input type="checkbox"/> Etage actuel insatisfaisant | <input type="checkbox"/> Logement actuel trop petit | <input type="checkbox"/> Résiliation de bail par le propriétaire |
| <input type="checkbox"/> Expulsion, date du jugement :
____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Logement inadapté ou handicap | <input type="checkbox"/> Souhait d'un logement individuel |

Le logement que vous recherchez

- Appartement Maison exclusivement Indifférent Nombre de chambres souhaité :
- Accepteriez-vous une chambre ouverte sur le séjour ? Oui Non Garage : Oui Non Parking : Oui Non
- Montant maximum souhaité du loyer (hors charges) : _____ €
- Souhaitez-vous un logement adapté au fauteuil roulant ? Oui Non
- Souhaitez-vous un logement adapté aux personnes à mobilité réduite ? au rez-de-chaussée : Oui Non
desservi par ascenseur : Oui Non

	Commune souhaitée	Quartier souhaité	Opération souhaitée ou observations
Choix 1			
Choix 2			
Choix 3			

Date souhaitée d'attribution : ____ / ____ / ____

Êtes-vous placé sous un régime de tutelle : Oui Non Si oui, lequel ? _____

Une personne peut-elle se porter caution pour vous : Oui Non Si oui : caution familiale caution par un tiers LOCA-PASS

Avez-vous déposé un dossier au Fonds de Solidarité Logement (F.S.L.) ? Oui Non

Si oui, date de la décision : ____ / ____ / ____

Vos remarques complémentaires :

.....
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus et m'engage à fournir tous les éléments en cas de modification de ma situation.

Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____