

## 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 - Fax : 02.51.40.84.95

E.mail : [contact@covecol.com](mailto:contact@covecol.com) - Site : [www.covecol.com](http://www.covecol.com)

### 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*

*ATTENTION, lire attentivement ce qui suit :*

### Enregistrement de la demande

Votre demande doit être retournée correctement remplie et signée

Vous devez joindre la copie des **2 derniers avis d'imposition ou de non-imposition** sur le revenu pour toutes les personnes vivant dans le foyer et la **copie d'une pièce d'identité ou du livret de famille**

## Votre identité

### Le demandeur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° tél. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Port. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)\*  Concubinage, union libre\*  
 PACS\*  Divorcé(e)\*  Veuf(ve)

\* Depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Le conjoint ou colocataire du demandeur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° tél. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Port. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)\*  Concubinage, union libre\*  
 PACS\*  Divorcé(e)\*  Veuf(ve)

\* Depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Enfants ou autres personnes devant vivre dans le foyer

	Nom et Prénom	Date de naissance	Sexe		Lien de parenté (Préciser si co-demandeur)
			M	F	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

Naissance prévue :  Oui  Non Si naissance(s) prévue(s), indiquez le nombre d'enfants à naître :

Et la date de naissance prévue : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants accueillis dans le cadre d'un droit de visite :

## Votre situation professionnelle

### Le demandeur

Votre profession : \_\_\_\_\_

CDI     CDD     Chômage indemnisé     Chômage non indemnisé     Etudiant(e)  
 Fonctionnaire     Inactif(ve)     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 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de travail : \_\_\_\_\_

Votre entreprise a-t-elle + de 9 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 : \_\_\_\_\_

CDI     CDD     Chômage indemnisé     Chômage non indemnisé     Etudiant(e)  
 Fonctionnaire     Inactif(ve)     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 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de travail : \_\_\_\_\_

Votre entreprise a-t-elle + de 9 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	€	€	€
Allocation Adulte Handicapé mensuelle (A.A.H.) - Hors aide au logement	€	€	€
Revenu Minimum d'insertion mensuel (R.M.I.) - Hors aide au logement	€	€	€
Allocation Parent Isolé mensuelle (A.P.I.) - Hors aide au logement	€	€	€
Allocation Parentale d'Education mensuelle (A.P.E.) - Hors aide au logement	€	€	€
Minimum vieillesse mensuel - Hors Aide au logement	€	€	€
Allocations familiales mensuelles - Hors aide au logement	€	€	€
Autres - Hors aide au logement	€	€	€

### Cadre réservé à l'organisme

Revenus déclarés avant déductions et abattements de l'année : [ ] [ ] [ ]			
Revenus imposables après déductions et abattements de l'année : [ ] [ ] [ ]			
Revenus déclarés avant déductions et abattements de l'année : [ ] [ ] [ ]			
Revenus imposables après déductions et abattements de l'année : [ ] [ ] [ ]			

## Votre logement actuel

### Etes-vous ?

- Propriétaire de votre logement  
 Locataire dans un logement H.L.M.  
 Locataire dans un logement privé  
 Logé par les parents  
 Hébergé par des amis ou des tiers
- Logé dans un foyer (F.J.T., centre matériel...)  
 Locataire dans un logement de collectivités locales  
 Sans domicile, C.H.R.S., foyer d'hébergement, hôtel...  
 Habitat mobile (camping, caravane...)  
 Logé par l'employeur

Si vous êtes locataire H.L.M., précisez auprès de quel organisme : \_\_\_\_\_

Nombre de chambres de votre logement actuel :

Montant du loyer mensuel hors charges et hors A.P.L. ou A.L. : (à renseigner en euros) \_\_\_\_\_

### Le motif de votre demande

Identifiez par un ① votre motif principal

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

## Le logement que vous recherchez

- Appartement  
 Maison exclusivement  
 Indifférent
- Nombre de chambres souhaité :  Accepteriez-vous une chambre ouverte sur le séjour ?  Oui  Non  Indifférent
- Garage :  Oui  Non  Indifférent      Parking :  Oui  Non  Indifférent
- Montant maximum souhaité du loyer + charges : (à renseigner en euros) \_\_\_\_\_
- 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 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Une personne peut-elle se porter caution pour vous :  Oui  Non

Si oui, nom de la personne : \_\_\_\_\_

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

Si oui, date de la décision : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous bénéficier des aides LOCA-PASS du COVECOL (voir fiche ci-jointe) :  Oui  Non

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

**AVERTISSEMENT ! En cas de proposition de logement, les bailleurs sociaux seront amenés à solliciter des pièces justificatives complémentaires.**

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

Commentaire : .....

