

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR UN LOGEMENT PROTEGE**

Date souhaitée de début de location : .....

Type d'appartement souhaité (plusieurs réponses possibles) :  2 pièces  3 pièces

Seriez-vous d'accord d'emménager dans un appartement situé au rez-de-chaussée ?  Oui  Non

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Profession : .....

Adresse actuelle : .....

No postal : ..... Localité : .....

No de téléphone / natel : .....  
.....

Etat civil : .....

**Conjoint(e) :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Profession : .....

Adresse actuelle : .....

No postal : ..... Localité : .....

No de téléphone / natel : .....  
.....

Etat civil : .....

Etes-vous propriétaire d'un véhicule ?

Auto..... Plaque no.....

Moto ..... Plaque no .....

Cyclomoteur..... Plaque no.....

---

Etes-vous au bénéfice d'une RC privée ?  Oui  Non

Si oui, auprès de quelle compagnie ? .....

---

Possédez-vous un animal ?  Oui  Non

Si oui, lequel ? ..... Pour un chien, quelle race ? .....

---

Pouvez-vous verser une garantie ?  Oui  Non

Avez-vous des poursuites en cours ?  Oui  Non

Etes-vous au bénéfice des prestations complémentaires à l'AVS ?  Oui  Non

Revenu mensuel : .....

Fortune : .....

**Appréciation de l'indication médico-sociale**

Quelles sont vos motivations pour déménager dans un appartement protégé ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles sont vos attentes en terme de prestations ? .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles sont vos attentes au niveau de la sécurité ? .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quels sont vos besoins en prestations de soins ? .....

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

Recevez-vous actuellement de l'aide de proches ?  Oui  Non

Si oui, laquelle ? .....

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

Recevez-vous actuellement des prestations du Centre Médico-Social ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles ? .....

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

Etes-vous membre d'une ou de plusieurs associations ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles ? .....  
.....  
.....

Dans quel type d'habitat vivez-vous actuellement ? (villa, appartement) .....  
.....

Rencontrez-vous des difficultés liées à l'architecture et à l'aménagement de votre logement ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles ? .....  
.....  
.....  
.....

Médecin traitant (Nom et adresse) : .....  
.....  
.....  
.....

Lieu : ..... Date : .....

Signature : .....

Signature du conjoint : .....

Avenue des Baumettes 120  
CH - 1020 Renens  
tél. +41 21 637 55 55  
fax +41 21 637 55 66  
CCP 10-1815-2  
www.baumettes.ch