

**1. INSCRIPTION POUR**

**Personne seule**

**En couple**

Date d'entrée souhaitée : .....

<b>LOCATAIRE A :</b>	<b>LOCATAIRE B :</b>
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Vit chez : .....	Vit chez : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Ville : .....	Ville : .....

**Données personnelles**

Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Etat civil : .....	Etat civil : .....
E-mail : .....	E-mail : .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
Portable : .....	Portable : .....

Animal de compagnie ?  Non  Oui Préciser SVP : .....

Si chien, indiquer la race : .....

**2. TYPE D'APPARTEMENT SOUHAITE**

1,5 pièces

2 pièces

2,5 pièces

**3. VEHICULE**

Avez-vous une voiture ?

OUI  NON

Avez-vous besoin d'une place de parking ?

OUI  NON

#### 4. VOTRE MOBILITE

- |  | Locataire A                  |                              | Locataire B                  |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Vous sortez et marchez seul(e) ? .....                   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Vous marchez à l'aide d'une canne ? .....                | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Vous marchez à l'aide d'un rollator ? .....              | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Vous marchez à l'aide d'un tiers ? .....                 | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Vous vous déplacez en chaise roulante manuelle ? .....   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Vous vous déplacez en chaise roulante électrique ? ..... | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

#### 5. VOS MOTIVATIONS POUR DEVENIR LOCATAIRE AUX FOUGERES ?

*Pour quelles raisons souhaitez-vous vivre en logement adapté ?*

.....

.....

.....

.....

#### 6. VOTRE SITUATION ACTUELLE

Actuellement, vous vivez :

- A votre domicile  chez des proches / familles / amis

Vous, ou l'un de vous deux, bénéficiez de l'aide d'un CMS, d'une organisation de soins ou de vos proches pour les actes suivants :

- Ménage
- Repas à domicile
- Douche, habillage, etc.
- Soins infirmiers, préparation des médicaments, visite de santé
- Traitement d'ergothérapie
- Suivi par l'assistant-e social-e
- Autre (préciser SVP) : .....

#### 7. VOTRE SITUATION FINANCIERE

Etes-vous au bénéfice des prestations complémentaires de l'AVS ?  OUI  NON

**8. GESTION ADMINISTRATIVE**Gérez-vous vous-même vos affaires administratives (paiements, etc.) ?  OUI  NONEtes-vous sous curatelle ?  OUI  NON

Si oui, merci d'indiquer les coordonnées de la personne répondante ou de votre curateur :

Nom, Prénom : .....

Adresse complète : .....

Téléphone : ..... e-mail : .....

**9. VOTRE VIE SOCIALE**

Avez-vous régulièrement des contacts avec vos enfants, si vous en avez, ou des membres de votre famille et si oui, où sont-ils domiciliés ?

.....  
.....

Avez-vous des contacts réguliers avec des amis ? Où sont-ils domiciliés ?

.....  
.....

Avez-vous des passions, des intérêts, que vous aimeriez partager avec les autres locataires, en individuel ou en groupe ?

.....  
.....**10. REMARQUES ET ATTENTES**.....  
.....  
.....

*Dans le cadre des logements protégés, une commission d'attribution est responsable de l'évaluation des demandes et de l'octroi d'un appartement. Cette commission est constituée d'un représentant de la gérance, d'un représentant du CMS, de la référente sociale et de la responsable de mission. Toutes les données ci-dessus sont traitées de manière confidentielle dans le seul but d'évaluation de la situation et de l'adéquation des appartements libres.*

*Par votre signature, vous autorisez la commission à traiter confidentiellement les données contenues dans votre demande d'inscription.*

Date : ..... Date : .....

Signatures : .....

Formulaire à retourner à : Fondation Les Fougères, c/o Fondation Silo, Route du Village 4,  
1112 Echichens ou par e-mail à [administration@fondationsilo.ch](mailto:administration@fondationsilo.ch)