

s.c.r.l. Le Logis Dourois
Formulaire unique de candidature

N° d'inscription :

FORMULAIRE UNIQUE DE CANDIDATURE A INSERER DANS LE REGISTRE DES CANDIDATURES

VOLET A (A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR)

A.1. COORDONNEES ET COMPOSITION DU MENAGE

CANDIDAT	CONJOINT OU COHABITANT
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin - <input type="checkbox"/> féminin	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin - <input type="checkbox"/> féminin
Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Etat civil (1) :	Etat civil (1) :
Nationalité (2) :	Nationalité (2) :
Registre national : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Registre national : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Profession (3) :	Profession (3) :
Handicapé : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	Handicapé : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
Téléphone :	Téléphone :
<u>Adresse</u> : Rue N°	<u>Adresse</u> : Rue N°
Code : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Localité : Pays :	Code : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Localité : Pays :

MEMBRES FAISANT PARTIE DU MENAGE (ne plus reprendre le candidat et le conjoint/ou le cohabitant)

	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° national	Handicap é
1	Nom et prénom	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Profession (3)			<input type="checkbox"/> Ascendant		
				<input type="checkbox"/> Autre		
2	Nom et prénom	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Profession (3)			<input type="checkbox"/> Ascendant		
				<input type="checkbox"/> Autre		

3	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° national	Handicap é
	Profession (3)	□□/□□/□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Autre	□□□□□□ □□□ □□	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° national	Handicap é
	Profession (3)	□□/□□/□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Autre	□□□□□□ □□□ □□	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° national	Handicap é
	Profession (3)	□□/□□/□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Autre	□□□□□□ □□□ □□	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
6	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° national	Handicap é
	Profession (3)	□□/□□/□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Autre	□□□□□□ □□□ □□	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

A.2. SOCIÉTÉS AUPRÈS DESQUELLES LE MENAGE DESIRE EGALEMENT ETRE CANDIDAT A L'ATTRIBUTION D'UN LOGEMENT (ET AUXQUELLES LE PRESENT FORMULAIRE SERA EGALEMENT TRANSMIS):

Ville, ancienne commune	Sociétés de logement

A.3. LOGEMENT SOUHAITE

Appartement	<input type="checkbox"/>
Maison	<input type="checkbox"/>
Jardin	<input type="checkbox"/>
Garage	<input type="checkbox"/>

VOLET B (A REMPLIR PAR LA SOCIETE QUI REÇOIT LA CANDIDATURE)

B.1. DATES (4)																		
de dépôt			d'admission			de radiation			de refus			de confirmation			d'attribution			
././....																		
B.2. PRIORITES (5)																		
Extrême urgence sociale	Caravane – plan H.P.	Logement inhabitable	Exproprié	Surpeuplé	Marié – de 8 ans 1 enfant ou plus	Personne divorcée instance + enfant(s)	Personne seule avec enfant(s)	ou femme seule enceinte	Ménage – de 30 ans	Prisonnier – Invalide de guerre	ancien ouvrier mineur	Handicapé / personne à mobilité réduite	Bail résilié	Maladie professionnelle ou Accident de travail	Déchirage	Demandeur d'emploi inoccupé	Ancienneté	TOTAL
8	8	8	8	8	6	6	6	6	6	4	4	4	3	2	2	2		
B.3. LE LOGEMENT REGLEMENTAIREMENT PROPORTIONNE A LA COMPOSITION FAMILIALE COMPORTE (6)																		
<input type="checkbox"/> 1 chambre			<input type="checkbox"/> 2 chambres			<input type="checkbox"/> 3 chambres			<input type="checkbox"/> 4 chambres			<input type="checkbox"/> 5 chambres						
B.4. LOGEMENT ADAPTE (7)										<input type="checkbox"/> OUI			<input type="checkbox"/> NON					
B.5. REVENU D'ADMISSION (8)																		
Revenus :																		
Ménage		<input type="checkbox"/> à revenus modestes							<input type="checkbox"/> en état de précarité									
B.6. VOIES DE RECOURS (9)																		
Le candidat locataire qui s'estime lésé par une décision de la société peut introduire une réclamation au siège de celle-ci, par envoi recommandé, dans les trente jours qui suivent la notification de la décision.																		
A défaut de réponse dans les trente jours de la réclamation ou en cas de réclamation rejetée, le candidat locataire peut introduire un recours, par envoi recommandé, auprès de la <u>Chambre de recours</u> dont le siège est situé à la <u>Société wallonne du logement</u> , rue de l'Ecluse, 21, à 6000 Charleroi.																		
Il est également possible, pour le candidat locataire, d'adresser une réclamation individuelle auprès du <u>Médiateur de la Région wallonne</u> à l'adresse suivante : rue Lucien Namèche, 54, à 5000 Namur.																		

Fait à, le

Signature(s) du (des) candidat(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé » :

Ainsi qu'il est prévu par la loi sur la protection de la vie privée, les données à caractère personnel communiquées dans le cadre de la présente candidature et du bail sont traitées à des fins de maintenance des fichiers des candidats.

Le responsable du traitement est la s.c.r.l. Le Logis Dourois, 13-14 rue des Anémones à 7370 Dour

Tel : 065/61.20.10

Fax : 065/61.20.28.

Vous avez le droit de consulter et de faire corriger les renseignements communiqués comme prévu par la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée.

Vous devez nous fournir les documents suivants	Vous pouvez les obtenir
une composition de famille	Administration communale de votre domicile
Certificat de résidence	Administration communale de votre domicile
un certificat de bonne vie et mœurs du titulaire et conjoint	Administration communale de votre domicile
Si personne handicapée, une attestation à + de 66%	Enfants : allocations familiales Adultes : Ministère de la Prévoyance sociale
Si vous êtes séparé ou divorcé, copie jugement	Avocat - Notaire - Justice de paix
Si vous êtes mariés	Extrait ou copie du livret de mariage
Si vous avez des enfants, une attestation	Organisme payeur d'allocations familiales
Avertissement - extrait de rôle Année 2007, exercice d'imposition 2008	Ministère des Finances (Contributions)
Attestation du minimex	CPAS
Attestation au taux journalier	CAPAC, syndicats ou mutuelle
Demandeur d'emploi	Attestation du Forem
Si vous êtes pensionné, votre brevet de pension	Organisme payeur d'allocations de pension
Dernière quittance du paiement de votre loyer	Propriétaire
Votre bail se termine	Renon, Recommandé du propriétaire
Fiche de salaire, copie du contrat travail	Employeur
Vous êtes enceinte	Certificat de votre médecin

Votre situation est la suivante :	Documents à fournir
Votre logement fait l'objet d'un arrêté d'inhabitabilité	Arrêté du Bourgmestre
Votre logement est déclaré inhabitable par les agents de la Division du Logement	Attestation d'inhabitabilité de la Division du Logement (DGTAL)
Votre logement fait l'objet d'un arrêté d'expropriation	Arrêté d'expropriation
Votre logement est insalubre par surpeuplement	Arrêté du Bourgmestre ou attestation de la DGTAL
Vous êtes victime d'un événement calamiteux (incendie, dégâts des eaux, ...)	Attestation du Commandant des pompiers
Vous êtes reconnu sans abri par un CPAS	Attestation signée du Président et de la secrétaire du CPAS
Vous êtes domicilié dans une caravane	Extrait du registre de la population

SCRL Le LOGIS DOUROIS
Société agréée par la SWL
Rue des Anémones, 13-14
7370 DOUR
Tel. : 065/61 20 10
Fax : 065/61 20 28

ATTESTATION A FAIRE COMPLÉTER PAR L'ORGANISME PAYEUR D'ALLOCATIONS FAMILIALES EN VUE D'OBTENIR UNE RÉDUCTION DE LOYER

CADRE I. - IDENTITÉ DE LOCATAIRE

Nom et Prénom..... N° Locataire.....
Adresse complète
N° Dossier allocations familiales.....

Cadre II. - A COMPLÉTER PAR L'ORGANISME PAYEUR D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Je soussigné (Nom et grade)
.....

certifie que des allocations familiales ont été attribuées en faveur des bénéficiaires désignés ci-dessous :

Nom, prénom et date de naissance

- | | |
|---------|----------|
| 1. | 6. |
| 2. | 7. |
| 3. | 8. |
| 4. | 9. |
| 5. | 10. |

Les bénéficiaires mentionnés ci-après ont bénéficié durant la même période, du supplément pour enfants handicapés ou d'allocations majorées d'orphelins.

- | | |
|---------|---------|
| 6. | 5. |
| 7. | 6. |
| 8. | 7. |
| 9. | 8. |

A....., le.....

Sceau de l'organisme d'allocations familiales

Signature,

N.B. : Le locataire est prié d'envoyer ce document dans le plus bref délai, à l'organisme d'allocations familiales complètent qui le renverra, dûment complété, à la Société désignée ci-dessus.