



SEMCODA

DEMANDE DE LOGEMENT

Dossier Client :
 N° Demande :
 N° Unique :



Durée de validité : 1 an à compter du dépôt du dossier complet

ETAT CIVIL du (des) DEMANDEUR (S)

Monsieur

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Nationalité : _____

Madame

Nom : _____
 Nom de jeune fille : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Nationalité : _____

Situation familiale

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Concubinage Pacsé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Colocataire

Date de mariage : _____ Lieu : _____

Profession

Artisan Commerçant Invalidité
 Chômage Demandeur d'emploi Maîtrise
 Etudiant Fonctionnaire Prof. libérale
 Père au foyer Militaire Apprenti
 R.M.I. Agriculteur Employé
 Ouvrier Retraité

Autre à préciser : _____

Profession

Artisan Commerçante Invalidité
 Chômage Demandeur d'emploi Maîtrise
 Etudiante Fonctionnaire Prof. libérale
 Mère au foyer Militaire Apprentie
 R.M.I. Agricultrice Employée
 Ouvrière Retraîtée

Autre à préciser : _____

Type de contrat

CDI CDD Intérim

Nom de l'employeur : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____

Type de contrat

CDI CDD Intérim

Nom de l'employeur : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____

LOGEMENT ACTUEL

Adresse : _____ Téléphone : _____
 Portable : _____

Type de logement Appartement Pavillon Nombre de pièces habitables : _____

Etes vous : Locataire SEMCODA Locataire autres organismes sociaux Propriétaire
 Hébergé(e) En foyer Locataire privé
 Logement de fonction

Nom et adresse du propriétaire ou du bailleur : _____

Avez-vous un préavis à donner ? Oui Non Si oui, de combien de mois : _____

Montant mensuel du loyer payé (avec charges) : _____

LOGEMENT DEMANDE

Appartement Pavillon Type : _____ Etage : Oui Non Garage Ascenseur

Type de chauffage :

Localités demandées : 1) _____ 3) _____

(Par ordre de préférence) 2) _____ 4) _____

Montant du loyer réel envisagé (avec charges) : _____

ENFANTS VIVANT AU FOYER

NOMS - Prénoms	Sexe	Date de naissance	Profession	Nom et adresse de l'employeur

Attendez-vous un enfant ? Oui Non

Y a-t'il dans votre famille un handicapé moteur utilisant un fauteuil roulant ? Oui Non

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

NOMS - Prénoms	Sexe	Date de naissance	Profession	Degré de parenté

Vos revenus sont-ils gérés par un organisme de tutelle ? Oui Non

Si oui, NOM de l'organisme : _____

Y-a-t'il possibilité d'un garant ? Oui Non

RESSOURCES NETTES MENSUELLES DU FOYER

	Monsieur	Madame	Entant(s)	Autres personnes
SALAIRES + mois de référence				
PENSIONS (Retraite, invalidité)				
INDEMNITES (ASSEDIC)				
ALLOCATIONS (Allocation logement, APL, ...)				
AUTRES (Pensions alimentaires)				

MOTIF DE LA DEMANDE

Cocher :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Logement non adapté | <input type="checkbox"/> Séparation ou divorce |
| <input type="checkbox"/> Logement en mauvais état | <input type="checkbox"/> Décohabitation |
| <input type="checkbox"/> Loyer inadapté | <input type="checkbox"/> Problème de santé |
| <input type="checkbox"/> Problème d'environnement | <input type="checkbox"/> Rapprochement domicile lieu de travail |
| <input type="checkbox"/> Reprise propriétaire | <input type="checkbox"/> Mutation professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Modification de la famille | |

- Première demande
 Echange logement

Autre cas ou précisions : _____

Je soussigné certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande.

Sachant que toute fausse déclaration entraînerait l'annulation systématique de mon dossier

Fait à _____

Le _____

Signature :