

Demande d'inscription pour un appartement avec encadrement
City Centre

1. Demande pour :

Personne seule

En couple

Madame :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité / Permis :

Etat civil :

N° AVS :

N° téléphone :

N° Natel :

Adresse actuelle :

N° Postal :

Monsieur :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité / Permis :

Etat civil :

N° AVS :

N° téléphone :

N° Natel :

Localité :

Possédez-vous un animal ? OUI / NON

Si oui, lequel ?

2. Type et situation du logement souhaité

Date d'entrée souhaitée :

N° appartement (lot) :

 1er étage Avec terrasse Sans terrasse 2^{ème} étage Avec balcon Sans balconDisposez-vous d'un véhicule ? OUI / NONSouhaitez-vous disposer d'une place de parc ? OUI / NON

N° de plaques :

3. Renseignements administratifs

Etes-vous actuellement : Locataire / Propriétaire

Le nom de la gérance actuelle :

Quel est le délai de résiliation de votre logement actuel :

Pouvez-vous verser une caution de garantie de 3 mois : OUI / NONAvez-vous des poursuites en cours ? OUI / NONEtes-vous au bénéfice des prestations complémentaires ? OUI / NON

Si oui, laquelle :

Revenu mensuel :

Etes-vous au bénéfice d'une RC privée : OUI / NON

4. Gestion administrative

Gérez-vous vous-même vos affaires administratives : OUI / NON

Le cas échéant, indiquez le nom et l'adresse de la personne répondante :

Etes-vous sous curatelle / tutelle ? OUI / NON

Nom du curateur / tuteur :

5. Avec qui avez-vous régulièrement des contacts

 Vos enfants - Ou sont-ils domiciliés ? Vos amis - Ou sont-ils domiciliés ?

***Merci aux personnes vivant en couple, de répondre séparément aux questions qui suivent
(N°6 à 8)***

6. Vos motivations pour être locataires d'un appartement avec encadrement

(Cocher avec une croix-plusieurs réponses possibles)

Vous sentir entouré(e) : Madame / Monsieur

Pour des raisons de santé : Madame / Monsieur

Vous sentir en sécurité : Madame / Monsieur

Vivre dans un appartement qui facilite votre mobilité : Madame / Monsieur

Autre (merci de préciser)

7. PRESTATIONS EN SUS « A CHOIX »

L'organisation de soins à domicile de Medical Confort SA (OSAD) dans le bâtiment

Prestations demandées (non comprises dans le prix du loyer)

(Plusieurs réponses possibles)

	Locataire 1	Locataire 2
Soins à domicile :	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON

	Locataire 1	Locataire 2
Service à domicile :	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
• L'entretien courant de l'habitat	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
• L'entretien du linge	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
• Le petit bricolage	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
• La cuisine et l'alimentation	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
• La livraison des repas	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
• Le jardinage	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
• L'accompagnement pour un rendez-vous	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
• L'accompagnement pour faire les courses	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
• Dog-Sitter	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON

Laquelle :

Laquelle :

8. Votre mobilité

(Cocher avec une croix-plusieurs réponses possibles)

Vous sortez et marchez seul(e) :

Madame : OUI / NON

Monsieur : OUI / NON

Vous marchez à l'aide d'une canne /rollator :

Madame : OUI / NON

Monsieur : OUI / NON

Vous marchez à l'aide d'un tiers :

Madame : OUI / NON

Monsieur : OUI / NON

Vous vous déplacez en chaise roulante :

Madame : OUI / NON

Monsieur : OUI / NON

Autre *(merci de préciser)* :

9. Votre état de santé

Vous vous considérez en bonne santé ?

Madame : OUI / NON

Monsieur : OUI / NON

Comment définissez-vous votre acuité auditive et visuelle sur une échelle de 1 à 10 ?

Madame : Acuité auditive :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Monsieur : Acuité auditive :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Madame : Acuité visuelle :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Monsieur : Acuité visuelle :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Coordonnées du médecin-traitant :

.....

Date :

.....

Signature du locataire 1

.....

Signature du locataire 2

.....

Merci de retourner ce questionnaire à :

VVK Management, Rue de l'Ecluse 38, 2000 Neuchâtel.