

Formulaire de demande de mutation



FORMULAIRE DE DEMANDE DE MUTATION

Je(Nous) soussigné(s) Nom(s) & prénom(s) :

1).....

2).....

Demeurant

Rue :

Code Postal : Commune :.....

Adresse e-mail : @

 **Fixe :** 0 __ / _____

 **mobile (gsm):** 0 __ / _____

Souhaite obtenir en location un logement en mutation auprès de la Scrl « Le Foyer de la Région de Fléron », en vertu de l'application de l'arrêté du Gouvernement Wallon du 06.09.2007 (MB 07.11.2007) et de l'AGW du 8.05.2014 (MB13.06.2014)

Fait à Le

Signature(s) du(des) candidat(s) précédé(s) de la mention "Lu et Approuvé":

Signature du candidat,

Signature du cohabitant,

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 SC Le Foyer de la région de Fléron, dont le siège est établi à Fléron, rue François Lapierre, 18 à 4620 Fléron.

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.



Numéro d'inscription

VOLET A - A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

A.1. COORDONNEES ET COMPOSITION DE MENAGE			
DEMANDEUR		CONJOINT OU COHABITANT (Co-signataire du bail)	
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 : / /		Date de naissance : / /	
Etat civil : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf		Etat civil : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf	
Nationalité :		Nationalité :	
N° Registre National ou N° Registre des Etrangers : _____ / _____		N° Registre National ou N° Registre des Etrangers : _____ / _____	
Profession : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Pensionné <input type="checkbox"/> Chômeur <input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> Revenu d'intégration		Profession : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Pensionné <input type="checkbox"/> Chômeur <input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> Revenu d'intégration	
Handicapé(*) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non *(Attention ne mentionner oui que si le handicap a été reconnu par le ministère des affaires sociales – «attestation de la vierge noire »)		Handicapé(*) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non *(Attention ne mentionner oui que si le handicap a été reconnu par le ministère des affaires sociales – «attestation de la vierge noire »)	
Téléphone :		Téléphone :	
Gsm :		Gsm :	
E-mail:		E-mail:	
Adresse : rue N°..... CP ___ Localité :		Adresse : rue N°..... CP ___ Localité :	
Pays :		Pays :	
Date de domiciliation:.....		Date de domiciliation:.....	



MEMBRE(S) FAISANT PARTIE DU MENAGE (ne plus reprendre le demandeur ni le conjoint ou cohabitant)

1	Nom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° National	Hand (*)	A charge	Si enfant, Garde
	Prénom							
		__/__/__	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> ascend. <input type="checkbox"/> collatéral <input type="checkbox"/> pt-enfant <input type="checkbox"/> autre	-----/--- ----	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Partielle (...jours/ mois)
Commune du domicile:.....; Date de domiciliation:.....								
Activité : <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> pensionné <input type="checkbox"/> chômeur <input type="checkbox"/> mutuelle <input type="checkbox"/> revenu intégration								
2	Nom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° National	Hand (*)	A charge	Si enfant, Garde
	Prénom							
		__/__/__	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> ascend. <input type="checkbox"/> collatéral <input type="checkbox"/> pt-enfant <input type="checkbox"/> autre	-----/--- ----	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Partielle (...jours/ mois)
Commune du domicile:.....; Date de domiciliation:.....								
Activité : <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> pensionné <input type="checkbox"/> chômeur <input type="checkbox"/> mutuelle <input type="checkbox"/> revenu intégration								
3	Nom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° National	Hand (*)	A charge	Si enfant, Garde
	Prénom							
		__/__/__	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> ascend. <input type="checkbox"/> collatéral <input type="checkbox"/> pt-enfant <input type="checkbox"/> autre	-----/--- ----	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Partielle (...jours/ mois)
Commune du domicile:.....; Date de domiciliation:.....								
Activité : <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> pensionné <input type="checkbox"/> chômeur <input type="checkbox"/> mutuelle <input type="checkbox"/> revenu intégration								
4	Nom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° National	Hand (*)	A charge	Si enfant, Garde
	Prénom							
		__/__/__	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> ascend. <input type="checkbox"/> collatéral <input type="checkbox"/> pt-enfant <input type="checkbox"/> autre	-----/--- ----	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Partielle (...jours/ mois)
Commune du domicile:.....; Date de domiciliation:.....								
Activité : <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> pensionné <input type="checkbox"/> chômeur <input type="checkbox"/> mutuelle <input type="checkbox"/> revenu intégration								



5	Nom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° National	Hand (*)	A charge	Si enfant, Garde
	Prénom							
		__/__/__	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> ascend. <input type="checkbox"/> collatéral <input type="checkbox"/> pt-enfant <input type="checkbox"/> autre	-----/- -----	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Partielle (...jours/ mois)
Commune du domicile:.....; Date de domiciliation:.....								
Activité : <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> pensionné <input type="checkbox"/> chômeur <input type="checkbox"/> mutuelle <input type="checkbox"/> revenu intégration								
6	Nom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° National	Hand (*)	A charge	Si enfant, Garde
	Prénom							
		__/__/__	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> ascend. <input type="checkbox"/> collatéral <input type="checkbox"/> pt-enfant <input type="checkbox"/> autre	-----/- -----	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Principale <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Partielle (...jours/ mois)
Commune du domicile:.....; Date de domiciliation:.....								
Activité : <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> pensionné <input type="checkbox"/> chômeur <input type="checkbox"/> mutuelle <input type="checkbox"/> revenu intégration								

Pour les femmes enceintes :	Date prévue pour l'accouchement (mois/année): __/20__
------------------------------------	--



A.2. RAISONS DE LA DEMANDE :	
Raisons :	Cochez
1° Mutation introduite pour sous-occupation d'un logement	<input type="checkbox"/>
2° Mutation introduite en vue d'introduire un logement proportionné, à l'exception des points 1, 3 & 7	<input type="checkbox"/>
3° Mutation introduite en vue de quitter un logement proportionné attribué sur la base d'une dérogation accordée conformément à l'article 1 ^{er} , 15°, alinéa 3 a) et b), et occupé depuis au moins 3 ans	<input type="checkbox"/>
4° Mutation introduite en vue d'aller d'un logement vers un logement spécialement conçu pour les personnes âgées de plus de 65 ans, pour les étudiants ou pour des personnes handicapées ou vers un logement présentant des facilités d'accès pour les personnes souffrant de problèmes médicaux ou inversement.	<input type="checkbox"/>
5° Mutation introduite en raison des revenus du ménage	<input type="checkbox"/>
6° Mutation introduite pour des raisons de convenances personnelles : a) pour des raisons d'urgence sociale ou de cohésion sociale ; b) afin d'obtenir un logement présentant des facilités d'accès quant à sa structure ou sa localisation pour des personnes présentant des problèmes médicaux attestés par un médecin ; c) autre	<input type="checkbox"/>
7° Mutation introduite afin d'obtenir un logement deux chambres en application de l'article 1 ^{er} , 15°, alinéa 1 ^{er} , c)	<input type="checkbox"/>



A.3. PRECISION DES COMMUNES OU SECTION S DE COMMUNES POUR LESQUELLES LE MENAGE SOUHAITE ETRE CANDIDAT A LA MUTATION.

Remarque : Tout locataire dont le logement compte une ou plusieurs chambres excédentaires doit payer un surloyer. Néanmoins, pour autant qu'il n'ait pas été radié suite à une première demande, il ne doit pas payer ce surloyer s'il introduit une demande de mutation portant sur la totalité du territoire d'au moins 5 nouvelles communes.

COMMUNES	SECTIONS DE COMMUNES
<input type="checkbox"/> BEYNE-HEUSAY	<input type="checkbox"/> BELLAIRE <input type="checkbox"/> BEYNE-HEUSAY <input type="checkbox"/> QUEUE-DU-BOIS
<input type="checkbox"/> BLEGNY	<input type="checkbox"/> BLEGNY <input type="checkbox"/> HOUSSE <input type="checkbox"/> MORTIER <input type="checkbox"/> SAINT-REMY <input type="checkbox"/> SAIVE
<input type="checkbox"/> CHAUDFONTAINE	<input type="checkbox"/> EMBOURG <input type="checkbox"/> VAUX-SOUS-CHEVREMONT
<input type="checkbox"/> FLERON	<input type="checkbox"/> FLERON <input type="checkbox"/> MAGNEE <input type="checkbox"/> RETINNE <input type="checkbox"/> ROMSEE
<input type="checkbox"/> OLNÉ	<input type="checkbox"/> OLNÉ
<input type="checkbox"/> SOUMAGNE	<input type="checkbox"/> AYENEUX <input type="checkbox"/> MELEN <input type="checkbox"/> SOUMAGNE
<input type="checkbox"/> TROOZ	<input type="checkbox"/> FRAIPONT <input type="checkbox"/> NESSONVAUX <input type="checkbox"/> TROOZ



VOLET B - A REMPLIR PAR LA SOCIETE (QUI RECOIT LA DEMANDE DE MUTATION)

B.1. DATES					
De dépôt	D'admission	De radiation	De refus	De confirmation	D'attribution
___ / ___ / 20__	___ / ___ / 20__	___ / ___ / 20__	___ / ___ / 20__	___ / ___ / 20__	___ / ___ / 20__

B.2. LE LOGEMENT REGLEMENTAIREMENT PROPORTIONNE A LA COMPOSITION FAMILIALE COMPORTE :				
<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.3. LE LOGEMENT ACTUELLEMENT ATTRIBUE				
<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
Dérogation :	Dérogation :	Dérogation :	Dérogation :	Dérogation :

LOGEMENT ADAPTE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
-----------------	------------------------------	------------------------------

B.2. VOIES DE RECOURS
<p>Le candidat 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.</p> <p>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 chambre des recours dont le siège est situé à la Société Wallonne du Logement rue de l'écluse 21 à 6000 CHARLEROI.</p> <p>Il est également possible pour le candidat locataire, d'adresser une réclamation individuelle auprès du Médiateur de la Région Wallonne à l'adresse suivante : rue Lucien Namèche, 54 à 5000 NAMUR.</p>

