

Formulaire unique de candidature à un logement social temporaire



24 MARS



FORMULAIRE UNIQUE DE CANDIDATURE A UN LOGEMENT DANS LE CADRE D'UNE MISE A DISPOSITION PRECAIRE (6mois*)

Je(Nous) soussigné(s) Nom(s) & prénom(s) : 1).....

2).....

Demeurant rue :

Code Postal : _ _ _ _ Commune :

Adresse e-mail : @

☎ Fixe : _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _

☎ mobile (gsm): _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _

Souhaite obtenir en location un logement 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), de l'AGW du 19.12.2008 (MB 26.01.2009) modifié par l'AGW du 19.07.2012 (MB 30.08.2012), modifié par l'AGW du 08.05.2014 (MB 13.06.2014).

Le(s) signataire(s) du formulaire de candidature :

- **Doit(vent)** impérativement remplir le présent formulaire de candidature de manière complète et accompagné de tous les documents nécessaires ;
- **Doit(vent)** porter immédiatement à la connaissance du Foyer de la Région de Fléron les éventuelles modifications intervenues dans sa (leur) situation (changement d'adresse, situation familiale, revenus, etc.)
- **A(ont)** la possibilité d'introduire la présente candidature dans la société de logement de service public de son choix ;
- **A(ont)** la possibilité de sélectionner d'autres sociétés ou d'autres localités wallonnes au travers de ce formulaire de mise à disposition précaire d'un logement ;
- **Autorise(nt)** la société de référence (Foyer de la Région de Fléron) à se faire délivrer, par écrit, tout document nécessaire au contrôle des conditions d'admission ;
- **Affirme(nt)** sur l'honneur que les réponses au questionnaire et renseignements fournis sont exacts, sincères et véritables et déclare(nt) avoir été avisé(s) que tout faux renseignement entraîne la nullité de la demande.

N° dossier :

Fait à Fléron, le ____ / ____ / 20____

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

*** La convention d'occupation précaire (de 6 mois) est renouvelable 3 fois avec une durée maximale d'occupation de 24 mois.**



I) INFORMATIONS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A DEMANDE

- a) **Identité du (des) demandeurs avec le numéro national ;**
- b) **Membre du ménage (composition de ménage si possible) ;**
- c) **Coordonnées de contact ;**
- d) **Indication relative à l'incapacité du logement initial :**
 - **Si la demande provient d'une autorité publique, la mention de cette autorité dans les commentaires suffit ;**
 - **Si la demande émane du ménage, fourniture d'un document indiquant que les demandeurs ne peuvent occuper le logement (document de la commune ou du CPAS, déclaration de sinistre, état des lieux d'expert) ;**
- e) **Indication des revenus (avertissement-extrait de rôles 2019 (revenus 2018) – revenus actuels) si possible.**



II) FORMULAIRE DE CANDIDATURE

Numéro d'inscription	
----------------------	--

A.1. COORDONNEES ET COMPOSITION DE MENAGE			
CANDIDAT		CONJOINT OU COHABITANT (Co-signataire de la convention)	
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 : _____ / _____	
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 candidat ni le conjoint ou cohabitant)							
	Nom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° National	Hand (*)	A charge
	Prénom						
1		__/__/__	<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
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
	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
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							
MEMBRE(S) FAISANT PARTIE DU MENAGE (ne plus reprendre le candidat ni le conjoint ou cohabitant)							
3	Nom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° National	Hand (*)	A charge
	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
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
	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
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
	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
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
	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
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							



Veuillez indiquer ci-bas vos choix de Communes

Code
Postal

COMMUNES



Autres renseignements nécessaires que le candidat voudrait signifier dans le présent acte de candidature :

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. Le candidat marque son accord pour que ces données soient communiquées aux autres sociétés gestionnaires des communes/quartiers sur lesquelles il a posé un choix.

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. Il vous appartient de nous communiquer tout élément susceptible de modifier votre dossier de candidature sous peine d'être radié si les informations en notre possession s'avèrent incorrectes ou incomplètes.

Fait à Fléron, le ____ / ____ / 20____

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

Signature du candidat,

Signature du cohabitant,





DEMANDE DE CONSENTEMENT DU CANDIDAT LOCATAIRE

08/01/2020

Page(s) : 1/1

FLERON
Société de Logement de Service Public

Demande de consentement du candidat locataire

Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) nécessite votre accord explicite, en tant que candidat locataire, quant au traitement de vos données à caractère personnel :

« Par la présente, nous,
donnons notre consentement explicite au Foyer de la région de Fléron SCRL pour le traitement de nos données à caractère personnel (ou celles de la personne mineure de 13 ans dont je suis le représentant légal) qui pourront uniquement être traitées en vue de la gestion de notre dossier pour l'accès à un logement public et ce, dans le respect des finalités décrites dans notre Charte vie privée.

Notre « Charte vie privée », fait partie intégrante de notre politique de gestion des données à caractère personnel. Elle peut être modifiée à tout moment et peut être consultée via le lien suivant :
<http://www.foyerdefleron.be/devenir-locataire/documents-a-telecharger>

Date et signature(s),



Nom et adresse de l'expéditeur
(administration du logement, organisation sociale du logement)

FOYER de la région de FLERON
s.c.r.l.
Société de Logement de Service Public
Rue François Lapierre, 18 - 4520 Fléron

Personne de contact : **SERVICE LOCATION**

CONTROLE DES CONDITIONS DE PROPRIETE

DECLARATION SUR L'HONNEUR,

En vue de l'obtention d'avantages dans le domaine du logement social



Remarque importante pour l'organisme qui délivre ce formulaire !

Ce formulaire (et la méthode de travail associée) ne peut être utilisé que par le secteur du logement social et à condition que l'avantage dont l'application est demandée *soit dépendant des revenus du demandeur, de son partenaire ou des membres de son ménage.*

Cette déclaration sur l'honneur sert à vérifier que les conditions de propriété imposées sont respectées. Le contenu de cette déclaration fera l'objet d'une vérification auprès du service public compétent.

Il est donc important que ce formulaire soit correctement complété. **N'oubliez pas de le signer.**

A compléter par l'organisme qui délivre ce formulaire :

- Disposition légale ou réglementaire qui est à la base de cette demande :

Logements sociaux (Attribution Logement)

CASE 1 : Renseignements au sujet du demandeur et des autres personnes concernées par cette déclaration :

DEMANDEUR :(nom + prénom)

né le : lieu de naissance :

N° national : (voir carte d'identité ou carte SIS)

CONJOINT OU COHABITANT (légal ou de fait) :

.....(nom + prénom)

né le : lieu de naissance :

N° national : (voir carte d'identité ou carte SIS)

COMPOSITION DE MENAGE au moment de la signature de la déclaration :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° national.
.....
.....
.....
.....

Domicile : (rue – numéro - bte.)
(code postal) (commune)



Organisme : N° de dossier :
 Identité du demandeur :

CASE 2 : DECLARATION PERSONNELLE SUR L'HONNEUR

Le demandeur et, le cas échéant, son conjoint ou la personne avec laquelle il cohabite de fait ou légalement (voir case 1) **déclare(nt) sur l'honneur** :

A. Qu'à la date de la signature de la présente déclaration, lui (elle) et les membres de son ménage tel que mentionné en case 1, ne possédaient pas, *pour la totalité*, d'autres droits réels immobiliers que ceux décrits ci-après : (1)

BIEN 1	BIEN 2
Commune - pays :
Rue ou lieu-dit :
Désignation cadastrale :
Nature du bien (2):
Nature du droit (3) :

B. Que dans le courant des (4) dernières années, lui (elle) et les membres de son ménage ont aliéné (vente, partage, donation, cession à titre gratuit) les biens et droits immobiliers suivants : (5)

Date de l'aliénation :	situation et nature du bien :	prix obtenu ou valeur estimée
.....
.....

Signatures obligatoires

Date Demandeur Conjoint ou cohabitant

.....

(1) mentionner « NEANT » si on ne possède aucun droit ou bien immobilier

(2) maison, appartement, immeuble, parcelle de terrain

(3) pleine propriété, usufruit, usage, habitation, emphytéose, superficie, nue-propriété

(4) L'organisme qui délivre ce formulaire doit ici compléter le nombre d'années qui doivent être prises en considération sur base de la réglementation en vigueur. Il mentionne « PAS D'APPLICATION » si les aliénations passées ne jouent aucun rôle.

(5) Mentionner « NEANT » si aucun bien ou droit immobilier n'a été aliéné durant la période concernée.



Le formulaire complété doit être renvoyé à l'organisme qui l'a délivré (voir cadre supérieur gauche du recto de ce document).

