

**ÉTAT CIVIL ET SITUATION FAMILIALE**

Colonne réservée au CIL	DEMANDEUR	CONJOINT (ou personne avec laquelle vous vivez)
Nom :		
Prénom :		
Date et lieu de naissance :		
Adresse complète :	_____	_____
Téléphone(s) :	Domicile : _____ Travail : _____ Portable : _____	Domicile : _____ Travail : _____ Portable : _____
Situation familiale : Depuis quelle date : _____	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	<input type="checkbox"/> Concubin/PACS <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Autre
Nbre, âge et sexe des enfants à charge :		
Nbre, âge et sexe des enfants non à charge :		
CAF :	Montant des prestations CAF : _____ €	
	Descriptif des prestations CAF :	
Mt d'une éventuelle pension alimentaire :	<input type="checkbox"/> à verser : _____ + _____ €	<input type="checkbox"/> à percevoir : _____ - _____ €

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

Colonne réservée au CIL	DEMANDEUR	CONJOINT (ou personne avec laquelle vous vivez)
R.S. employeur :		
<b>N° d'adhérent :</b>		
Adresse employeur :	_____	_____
<b>Code SRE :</b>		
Profession :		
Type de contrat de travail :	<input type="checkbox"/> C.D.I. <input type="checkbox"/> C.D.D. – Durée : _____ <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel – Nbre d'heure (s) : _____	Revenus nets mens. _____ € <input type="checkbox"/> C.D.I. <input type="checkbox"/> C.D.D. – Durée : _____ <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel – Nbre d'heure (s) : _____
<b>Total des ressources :</b>	_____ €	

**SITUATION DANS LE LOGEMENT**

Locataire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant du loyer (hors charges locatives) :	_____ €
		Montant des charges locatives :	_____ €
Propriétaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant des échéances de(s) prêt(s) immobiliers :	_____ €
		Montant des charges de copropriété :	_____ €
Hébergé (e) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Depuis le :	_____
		Chauffage inclus : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Montant mensuel : _____ €
		Eau incluse : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Montant mensuel : _____ €
Type de logement :	<input type="checkbox"/> FI <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4 <input type="checkbox"/> F5 <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :		

**ORIGINE DE LA DIFFICULTÉ**

<input type="checkbox"/> Divorce/séparation/décohabitation/conflit familial/violence	<input type="checkbox"/> Surendettement	<input type="checkbox"/> Hébergement précaire ou inadapté
<input type="checkbox"/> Fin ou rupture contrat de travail	<input type="checkbox"/> Mutation professionnelle	<input type="checkbox"/> Réduction du temps de travail
<input type="checkbox"/> Sinistre	<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Accident
<input type="checkbox"/> Décès	<input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____	
<input type="checkbox"/> Perte du logement (motif à cocher) → <i>O</i> Vente du bien <i>O</i> Récupération du logement par le bailleur <i>O</i> Expulsion pour loyers impayés		
<b>Avez-vous déjà déposé un dossier de demande de logement LOCATIF auprès de LOGIAM :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Fiche établie le : ____ / ____ / ____ Par : _____ Origine de la demande : _____		
Commentaires : _____		

<b>Date du rendez-vous :</b> _____	<b>Lieu du rendez-vous :</b> _____
<b>Nom du conseiller :</b> _____	<b>Tél. 04 93 18 23 08 / 32 – Fax : 04 93 18 23 12 / 49</b>

"CIL-PASS assistance® est une marque déposée pour le compte d'Action Logement »

**Pour toute information : [www.logiam.fr](http://www.logiam.fr)**