

# LA MAISON PARTAGÉE DE DONNEZAC



La Communauté de Communes LATITUDE NORD  
GIRONDE vous propose, à titre de résidence  
principale, un mode d'habitation regroupée pour :

Se loger dans un domicile ordinaire en colocation

Partager des temps de vie sociale

Être accompagné et soutenu dans son autonomie

**DOSSIER DE CANDIDATURE**



CIAS 49, avenue du Général de Gaulle 33920 SAINT YZAN DE SOUDIAC ☎ 05 57 58 67 16

[Secretariat.cias@latitude-nord-gironde.fr](mailto:Secretariat.cias@latitude-nord-gironde.fr)

Présentez-vousMadame  Monsieur 

NOM : \_\_\_\_\_

NOM DE JEUNE FILLE : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ Dept : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Dept. : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Propriétaire  / Locataire  / hébergé(e) 

Seriez-vous accompagné d'un animal (type, nombre) :

Avez-vous déjà vécu en colocation ou en collectivité ?

Ce qui vous motive (*par exemple : mixité, convivialité, sécurité, économie, ...*) :

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Qui remplit ce document : (cocher la case correspondante)La ou le futur(e) colocataire Si c'est : La famille / l'aidant  Le tuteur ou curateur  Le médecin  L'IDE Libérale L'assistante sociale  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Dept. : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

INFORMATIONS IMPORTANTES

CE DOSSIER PERMET UNE INSCRIPTION SUR LISTE D'ATTENTE MAIS SON DÉPÔT NE PEUT ÊTRE ASSIMILÉ À UNE ADMISSION.

Nous vous remercions d'accompagner cette demande des photocopies des documents suivants :

- Papiers d'identité,
- Le dernier avis d'imposition ou non-imposition
- Les justificatifs des pensions
- Les justificatifs d'allocations

Au moment de l'arrivée, un certain nombre de pièces justificatives complémentaires vous seront demandées.

Pour tout renseignement utile : allocation personnalisée d'autonomie (APA), attribution de l'allocation logement, il convient de contacter en amont les services compétents du Conseil Départemental et/ou de la CAF/MSA. Notre accueil FRANCE SERVICE peut aussi vous aider.

Situation sociale (cocher si besoin) :

Précarité  Isolement  Au domicile avec situation familiale complexe/ logement inadapté

Rien de tout ça

Mesure de protection juridique :  OUI

Sauvegarde de justice :  OUI - Curatelle :  OUI - Tutelle :  OUI - Demande en cours :  OUI

Coordonnées du curateur/ tuteur :

.....

SITUATION FAMILIALE (le cas échéant, remplir un dossier par personne)

Marié(e)  En couple  Divorcé(e)  Célibataire  Veuf (ve)

Nombre d'enfant(s) :

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Infirmier.e.s libéraux : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Service de soins infirmiers à domicile : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Service d'aide à domicile : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Kinésithérapeute ; psychologue ; assistante sociale ; tuteur ; IDE ASALEE, etc.

Nom : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vous pouvez rajouter des commentaires au dos de ce document

Si vous le souhaitez, dîtes nous en plus :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Qu'en pensez-vous ?*

J'accepte ou j'ai des animaux : OUI  NON

J'accepte ou je suis fumeur(se-s) : OUI  NON

J'aime cuisiner : OUI  NON

Je prête volontiers mes affaires : OUI  NON

Je veux qu'on me laisse tranquille : OUI  NON

Je possède une voiture : OUI  NON

-----  
Réservé au service

Date de réception :

Lieu de dépôt :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_ N° de dossier \_\_