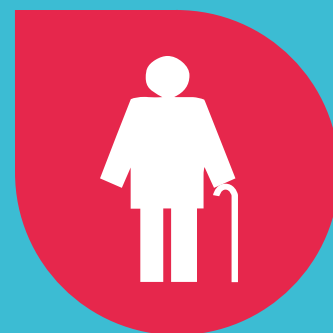




**LE FONDS UNIQUE  
LOGEMENT EN  
ARDÈCHE  
(FUL)**

**FORMULAIRES**



En partenariat avec les financeurs : CAF, MSA, CCAS/CIAS,  
Communes/Communautés de Communes, bailleurs sociaux, SDE 07,  
distributeurs d'eau et d'énergie (EDF, Engie, VEOLIA, SAUR).





## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

### ● DOSSIER D'ACTION SOCIALE

### ● FORMULAIRES

**1 : Fonds unique logement**, accès

**2 : Fonds unique logement**, maintien

**3 : Fonds unique logement**, accès, *promesse de location, parc privé, demande de garantie du loyer résiduel*

**4 : Fonds unique logement**, maintien, *justificatif de dettes, bailleurs privés, saisine impayé, bailleurs publics*

**5 : Fonds unique logement**, maintien, *fiche de saisine, fournisseurs d'eau et d'énergie*

**6 : Fonds unique logement**, *fiche navette, commission de surendettement*

### ● PRÉVENTION DES EXPULSIONS

- **expulsions locatives**, assignation

- **expulsions locatives**, requisition force publique

**IDENTIFICATION DU DEMANDEUR**

Nom, prénom : .....

Adresse complète : .....

**ORGANISME INSTRUCTEUR DE RÉFÉRENCE**

Nom de l'organisme : .....

Nom de l'instructeur : .....

Adresse complète : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

**FORMULATION DE LA DEMANDE (objet et montant) EXPRIMÉE PAR LE DEMANDEUR****AVIS ET PROPOSITION DU SERVICE INSTRUCTEUR**

(évaluation sociale complémentaire sur fiche en annexe)

J'atteste l'exactitude des informations portées sur le dossier sur la base des documents présentés par le demandeur. Date et signature :

**DÉCISION DE L'ORGANISME SOLLICITÉ :****Accord :**

Aide financière	Montant	Modalités de versement	Affectation de l'aide
Subvention			
Prêt			

**Rejet** (motif) :**Orientations et préconisations** (vers un autre organisme, commission de surendettement, mesure de protection...)date de la décision:  
.....

Signature et cachet :



## ORGANISME OU DISPOSITIF SOLLICITÉ

**PROCÉDURE D'URGENCE :** OUI  <sup>(1)</sup> - NON  <sup>(1)</sup> Si oui, numéro d'ordre :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> Secours urgent ASE                    | <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> Allocation aide à l'enfance                               |
| <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> Insertion                             | <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> Aide cabinet Département                                  |
| <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> Fonds d'aides aux jeunes              | <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> Aides CAF/MSA   |
| <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> Fonds unique logement                 | <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> Mesures d'accompagnement social personnalisé              |
| <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> Accès                                 | <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> Mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale |
| <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> Maintien                              |   |
| <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> Accompagnement social lié au logement |   |

<sup>(1)</sup> Autres : .....

## IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom, nom de jeune fille, prénom : .....

Adresse complète : .....

Ville : .....

Condition de logement :  <sup>(1)</sup> locataire,  <sup>(1)</sup> sous-locataire,  <sup>(1)</sup> co-locataire,  <sup>(1)</sup> hébergé,  <sup>(1)</sup> propriétaire,  <sup>(1)</sup> SDF

Date de naissance : ..... Nationalité : .....

Téléphone : .....

Situation de famille :  <sup>(1)</sup> célibataire,  <sup>(1)</sup> vie maritale,  <sup>(1)</sup> marié(e),  <sup>(1)</sup> séparé(e),  <sup>(1)</sup> divorcé(e),  <sup>(1)</sup> veuf(ve),  <sup>(1)</sup> PACS

Situation socio-professionnelle : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Mutuelle :  <sup>(1)</sup> OUI -  <sup>(1)</sup> NON

CMU :  <sup>(1)</sup> OUI -  <sup>(1)</sup> NON

Numéro d'allocataire (CAF ou MSA) : .....

## Composition du ménage (faire apparaître toutes les personnes à charge ou vivant au foyer)

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	situation familiale et socio-professionnelle (scolaire, professionnelle, garde alternée, autres...)
		CONJOINT	

(1) Cocher la (les) case(s) correspondante(s)

## PÉRIODE DE RÉFÉRENCE

### Ressources mensuelles - moyenne des 3 derniers mois

Mois 1 : ..... Mois 2 : ..... Mois 3 : .....

	Demandeur	Conjoint ou concubin	Autres
Salaire (dont c. aidés)			
IJ			
Indemnités chômage			
Retraites			
Pension invalidité			
Rente AT			
RSA			
AAH			
PF			
Revenus patrimoniaux			
Pension alimentaire			
Bourses scolaires			
Autres			
SOUS-TOTAL			
AL ou APL			
TOTAL GÉNÉRAL			

### Observations sur les ressources et la situation professionnelle (évolution, changements attendus)

**QUOTIENT FAMILIAL =**  
Ressources / nombre de part  
selon la définition du dispositif concerné

**TAUX D'EFFORT LOGEMENT =**  
loyer nu – aide au logement  
/ ressources mensuelles et total x 100

**TAUX D'EFFORT ÉNERGÉTIQUE =**  
charges mensuelles liées à l'énergie  
/ ressources mensuelles et total x 100

<b>Charges mensuelles</b>			
	Montants mensuels	Dettes ou retards	Observations
Loyer nu			
Charges			
Accession à la propriété			
Eau			
Electricité			TPN <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> OUI <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> NON
Gaz			TSS <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> OUI <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup> NON
Autres énergies			
Téléphone fixe			
Portable			
Internet			
Assurance habitation			
Assurance voiture			
Mutuelle			
Frais de transport			
Pension alimentaire			
Frais de garde			
Frais liés à la scolarité			
Impôts sur le revenu			
Taxe d'habitation et redevance TV			
Taxe foncière			
Découvert bancaire			
Autres (ex : prêt CAF, prêt Ful...)			

<b>Crédits</b>			
Identification et montant initial	Montants mensuels	Mensualités impayées	Date defn
Total crédits			
Total crédits + charges			
Disponible résiduel			

La commission de surendettement est-elle saisie ?  <sup>(1)</sup> OUI  <sup>(1)</sup> NON Si oui, date : / /

Un plan conventionnel de règlement a-t-il été signé ?  <sup>(1)</sup> OUI  <sup>(1)</sup> NON

Mesure d'accompagnement (tutelles, AEB MASP ; ASLL ) est-elle mise en place ?  <sup>(1)</sup> OUI  <sup>(1)</sup> NON

Avez-vous un prêt FSL / FUL en cours de remboursement ?  <sup>(1)</sup> OUI  <sup>(1)</sup> NON Si oui, est-il respecté ?  <sup>(1)</sup> OUI  <sup>(1)</sup> NON

Date de contact avec le gestionnaire : / /

**AIDES FINANCIÈRES** (sollicitées ou accordées au cours des 12 derniers mois)

Organismes	Date	Objets	Montant accordé

Je soussigné(e) ..... domicilié(e) à ..... sollicite une demande d'aide et certifie sur l'honneur que les renseignements fournis dans cette demande ainsi que l'ensemble des justificatifs transmis sont exacts et je note que ces informations seront portées à la connaissance des organismes sollicités.

Fait à ..... le ..... / ..... / ..... Signature du demandeur

# EVALUATION SOCIALE – obligatoire pour la demande d'ASLL –

Nom, Prénom du travailleur social : .....

Organisme : .....

Date et signature : .....

## Éléments obligatoires pour l'instruction du dossier (Quotient familial / Taux effort logement)

Calcul du quotient familial	$QF = \text{Ressources} / \text{nombre de parts}$
Calcul des parts	<ul style="list-style-type: none"><li>→ personne seule sans enfant = 1,5 part</li><li>→ parent isolé = 2 parts</li><li>→ couple = 2 parts</li><li>→ autre personne vivant au foyer avec revenus = 1 part</li><li>→ autre personne vivant au foyer sans revenus = 0,5 part</li><li>→ par enfant vivant au foyer ou attendu (à partir du 4<sup>e</sup> mois de grossesse) ou personne à charge sans revenus = 0,5 part</li><li>→ par enfant accueilli ponctuellement ou en garde alternée et pour lequel le demandeur perçoit des allocations familiales = 0,5 part</li></ul>
Calcul du taux effort logement	$TEL = (\text{Loyer nu} - \text{Aide au logement}) \times 100 / \text{Ressources}$





**Le dossier peut être constitué un mois avant et deux mois après la date d'entrée dans le nouveau logement.**

**COORDONNÉES DU DEMANDEUR**

Nom et prénom du demandeur : .....

Nom et prénom du conjoint : .....

**LE LOGEMENT (cocher la case correspondante)**

**• Le logement que vous quittez :**

Vous étiez :  locataire  sous-locataire  co-locataire  hébergé

propriétaire  sans domicile fixe

Adresse complète : .....

Montant du loyer : .....

Montant de l'AL ou APL perçue : .....

Nom bailleur parc public : .....

Nom bailleur parc privé : .....

Motif(s) du changement de logement : .....

**• Le logement que vous souhaitez intégrer :**

Vous serez :  locataire  co-locataire

Adresse complète : .....

Montant du loyer : .....

Montant de l'estimation AL/APL : .....

Nom et coordonnées du bailleur parc public : .....

Nom et coordonnées du bailleur parc privé : .....

Type de logement :  maison individuelle  appartement  logement meublé

Date d'entrée prévisible dans le logement : .....

## AIDE FINANCIÈRE SOLLICITÉE (cocher la case correspondante)

- Dépôt de garantie** – uniquement si vous ne pouvez pas bénéficier d'une aide d'un autre organisme  
Montant sollicité : .....
- Premier mois de loyer** – uniquement s'il n'y a pas de continuité de vos droits à l'AL ou à l'APL  
Montant sollicité : .....
- Assurance habitation** – uniquement s'il s'agit d'un nouveau contrat  
Montant sollicité : .....
- Acquisition de mobilier de première nécessité** (literie, cuisinière, tables et chaises, réfrigérateur) – uniquement si vous ne pouvez pas bénéficier d'une aide d'un autre organisme (associations caritatives, CAF, MSA)  
Montant sollicité : .....
- Frais de déménagement** – uniquement pour la location d'un véhicule et si vous ne pouvez pas bénéficier d'une aide d'un organisme payeur (CAF et MSA)  
Montant sollicité : .....
- Frais d'agence**  
Montant sollicité : .....
- Garantie de loyers résiduels parc public
- Garantie de loyers résiduels parc privé

### ATTENTION !

- le montant de l'aide accordée peut être inférieur au montant de l'aide sollicitée
- les frais de dépôt de garantie, ainsi que le premier mois de loyer ne doivent pas avoir été réglés pour bénéficier de l'aide

## DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL LIÉ AU LOGEMENT (ASLL)

- OUI       NON

**Selon les éléments de votre dossier, vous pouvez être orientés vers un travailleur social.**

**Dans ce cas, prenez rendez-vous auprès de :**

D.T.A.S Nord – Rue de la Lombardière – 07100 ANNONAY – Tel : 04 75 32 42 01

D.T.A.S Centre – 740 avenue Jean Moulin – 07500 GUILHERAND-GRANGES - Tel : 04 75 44 91 67

D.T.A.S Sud-Est – 15 rue du travail – 07401 LE TEIL Cedex - Tel : 04 75 49 54 85

D.T.A.S Sud-Ouest – 15 avenue de Sierre – 07200 AUBENAS –Tel : 04 75 87 87 33

# PIÈCES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES (cocher la case correspondante)

## → Pièces obligatoires pour toutes les demandes :

- Dossier d'action sociale
- RIB du ménage (si une aide sous forme de prêt est sollicitée ou si remboursement au ménage)
- RIB du bailleur et/ou de l'agence
- Justificatifs des revenus perçus par chacun des membres du foyer au cours des trois derniers mois
- Copie de la pièce d'identité du demandeur, de son conjoint, des personnes à charge ou copie du livret de famille

## → Pièces complémentaires selon le type de demande :

### Nouveau logement dans le parc public

- La proposition de logement
- OU  Copie du contrat de bail signé (mentionnant montant du loyer, charges locatives, dépôt de garantie ou caution et date d'entrée dans le logement)

### Nouveau logement dans le parc privé

- Formulaire de promesse de location signé par le bailleur
- OU  Copie du contrat de bail signé (mentionnant montant du loyer, charges locatives, dépôt de garantie ou caution et date d'entrée dans le logement)
- Justificatif de mise en place du tiers payant ou attestation de refus du propriétaire
- Diagnostic de performance énergétique (DPE : pièce obligatoire fournie par le propriétaire)

## ET si vous demandez une aide au titre de :

- L'assurance habitation :  fournir un devis + RIB de l'assureur
  - L'acquisition de mobilier de première nécessité :  fournir un devis + RIB du prestataire
  - Frais de déménagement :  fournir un devis + RIB du prestataire
  - Frais d'agence :  fournir une facture non acquittée + RIB de l'agence
  - La garantie de loyers résiduels :  Compléter la fiche – Certificat d'impossibilité d'obtenir une autre garantie
- OU  facture acquittée  
OU  facture acquittée  
OU  facture acquittée  
OU  facture acquittée

### **Vous êtes dans l'impossibilité de fournir une ou plusieurs de ces pièces**

Pièces non jointes au dossier : .....

Motif(s) :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus,

Date :

**Signature du demandeur :**

# EVALUATION SOCIALE – obligatoire pour la demande d'ASLL –

Nom, prénom du travailleur social : .....

Organisme : .....

Date et signature : .....

## Éléments obligatoires pour l'instruction du dossier (Quotient familial / Taux effort logement)

Calcul du quotient familial	$QF = \text{Ressources} / \text{nombre de parts}$
Calcul des parts	<ul style="list-style-type: none"><li>→ personne seule sans enfant = 1,5 part</li><li>→ parent isolé = 2 parts</li><li>→ couple = 2 parts</li><li>→ autre personne vivant au foyer avec revenus = 1 part</li><li>→ autre personne vivant au foyer sans revenus = 0,5 part</li><li>→ par enfant vivant au foyer ou attendu (à partir 4<sup>e</sup> mois de grossesse) ou personne à charge sans revenus = 0,5 part</li><li>→ par enfant accueilli ponctuellement ou en garde alternée et pour lequel le demandeur perçoit des allocations familiales = 0,5 part</li></ul>
Calcul du taux effort logement	$TEL = (\text{Loyer nu} - \text{Aide au logement}) \times 100 / \text{Ressources}$
Calcul du taux d'effort énergétique	$TEE = \text{charges mensuelles liées à l'énergie} \times 100 / (\text{Revenus} - \text{Aide au logement})$

Toute demande effectuée au titre du fonds unique logement – maintien – doit faire l'objet d'une évaluation par un travailleur social.

**A cet effet, vous devez prendre rendez-vous avec un travailleur social en appelant :**

**D.T.A.S Nord** – Rue de la Lombardière – 07100 ANNONAY – Tel : 04 75 32 42 01

**D.T.A.S Centre** – 740 avenue Jean Moulin – 07500 GUILHERAND-GRANGES – Tel : 04 75 44 91 67

**D.T.A.S Sud-est** – 15 rue du travail- BP 47 – 07401 LE TEIL – Tel : 04 75 49 54 85

**D.T.A.S Sud-Ouest** – 15 avenue de Sierre - 07200 AUBENAS – Tel : 04 75 87 82 59

### COORDONNÉES DU DEMANDEUR

Nom et prénom du demandeur : .....

Nom et prénom du conjoint : .....

### VOTRE LOGEMENT

Vous êtes :  locataire  sous-locataire  co-locataire  hébergé  propriétaire

Adresse complète : .....

Montant du loyer nu : .....

Montant des charges locatives : .....

Nom du bailleur parc public : .....

Nom et adresse bailleur parc privé : .....

#### Type de logement :

maison individuelle  appartement  logement meublé

autre, précisez : .....

Date d'entrée dans le logement : .....

Votre logement fait-il l'objet d'un arrêt de péril ou d'insalubrité ?  OUI  NON

Faites-vous l'objet d'une procédure d'expulsion ?  OUI  NON

**AIDE FINANCIERE SOLLICITEE** – cocher la (les) case(s) correspondante(s) –

- |   |                       |                   |
|---|-----------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Dette de loyer parc public   | Montant de la dette : | Aide sollicitée : |
| <input type="checkbox"/> Dette de loyer parc privé    | Montant de la dette : | Aide sollicitée : |
| <input type="checkbox"/> Dette de charges locatives   | Montant de la dette : | Aide sollicitée : |
| <input type="checkbox"/> Dette d'assurance habitation | Montant de la dette : | Aide sollicitée : |
| <input type="checkbox"/> Dette d'eau                  | Montant de la dette : | Aide sollicitée : |
| <input type="checkbox"/> Dette d'électricité          | Montant de la dette : | Aide sollicitée : |
| <input type="checkbox"/> Dette de gaz                 | Montant de la dette : | Aide sollicitée : |
| <input type="checkbox"/> Dette de fuel                | Montant de la dette : | Aide sollicitée : |
| <input type="checkbox"/> Dette de bois                | Montant de la dette : | Aide sollicitée : |
| <input type="checkbox"/> Dette de charbon             | Montant de la dette : | Aide sollicitée : |

**MONTANT TOTAL AIDES SOLLICITEES :**

**ATTENTION !**

→ le montant de l'aide accordée peut être inférieur au montant de la demande.

**DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL LIÉ AU LOGEMENT (ASLL)**

- OUI       NON

**Documents à compléter avec ou par le travailleur social :**

- Dossier d'action sociale

**Et selon la demande :**

- Evaluation sociale  
 Fiche saisine eau  
 Fiche saisine énergie  
 Fiche surendettement

# PIÈCES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES (cocher la case correspondante)

## → Pièces obligatoires pour toutes les demandes :

- Dossier d'action sociale
- RIB du ménage (si une aide sous forme de prêt est sollicitée)
- Justificatifs des revenus perçus pour chacun des membres du foyer au cours des trois derniers mois
- Copie de la pièce d'identité du demandeur, de son conjoint, des personnes à charge, ou copie du livret de famille

## → Pièces complémentaires selon le type de demande :

### • Pour une demande concernant une dette de loyer

#### Dans le parc public :

- Extrait du compte locatif sur les 6 derniers mois minimum (à demander au bailleur)

#### Dans le parc privé :

- Justificatif de dette complété et signé par le bailleur
- Justificatif de mise en place du tiers payant ou attestation de refus du propriétaire

### • Pour une demande concernant l'assurance habitation

- Justificatif de dette
- RIB de l'assureur

### • Pour une demande concernant une dette d'eau ou une dette d'énergie (électricité, bois, fuel, gaz...)

- Justificatif de dette (facture) correspondant au montant sollicité
- Justificatif du 1er versement effectué auprès du fournisseur

### • Si un dossier de surendettement est en cours (uniquement si un prêt est sollicité)

- Compléter la fiche n°6 – commission de surendettement –

## Vous êtes dans l'impossibilité de fournir une ou plusieurs de ces pièces :

Pièces non jointes au dossier : .....

Motif(s) : .....

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus,**

Date :

Signature du demandeur :

**LOCATAIRE CONCERNÉ**

Nom et prénom du demandeur : .....

Nom de jeune fille (le cas échéant) : .....

Nom et prénom du conjoint : .....

Nom de jeune fille (le cas échéant) : .....

**BAILLEUR**

Nom du bailleur : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : ..... Département : .....

**LOGEMENT CONCERNÉ**

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Type de logement : T .....

S'agit-il :

d'une maison individuelle

d'un appartement

d'un logement vide

d'un logement meublé



## INFORMATIONS À COMPLÉTER POUR LA PROMESSE DE LOCATION

Date d'accès prévisible dans le logement : .....

Montant du loyer nu (hors charges) : .....

Montant des charges locatives mensuelles : .....

### Montant des frais liés à l'accès dans ce logement :

Dépôt de garantie : .....

Frais d'agence : .....

**Je soussigné(e) Mme, M.** .....

Accepte que l'aide au logement (AL ou APL) perçue par le locataire me soit versée directement

Refuse que l'aide au logement (AL ou APL) perçue par le locataire me soit versée directement

Perçois déjà l'aide au logement (AL ou APL) en tiers payant

Date : .....

**Signature du propriétaire :**

**Signature du locataire :**

## INFORMATIONS À COMPLÉTER POUR LA DEMANDE DE GARANTIE DU LOYER RÉSIDUEL

### Le propriétaire et le locataire attestent :

que l'assurance Garantie du risque locatif (GRL) sollicitée a été refusée (fournir l'attestation de refus)

ET

que la garantie de loyer Loca-PAss ne peut être sollicitée, le locataire ne remplissant pas les conditions d'accès pour la raison suivante : .....

.....

ET

qu'aucune personne (proche, famille, amis) ne peut se porter garant pour le locataire

ET

que l'assurance Loyers impayés ne peut être sollicitée

Date : .....

**Signature du propriétaire :**

**Signature du locataire :**

**LOCATAIRE**

Nom, prénom : .....  
Nom de jeune fille (le cas échéant) : .....  
.....  
Nom, prénom du conjoint : .....  
Nom de jeune fille (le cas échéant) : .....  
.....  
N° allocataire CAF : ..... ou MSA : .....

**BAILLEUR**

Nom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Code postal : ..... Ville : ..... Département : .....

**LOGEMENT CONCERNÉ**

Adresse : .....  
.....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Date d'entrée dans le logement : .....  
Type de logement : T .....  maison individuelle  logement vide  
 appartement  logement meublé  
Montant du loyer nu (hors charges) : .....  
Montant des charges locatives : .....

**→ Avez-vous saisi la CAF pour signaler l'impayé ?**

OUI, le ..... Décision : .....  
 NON Motifs : .....  
Montant de l'APL ou de l'AL : .....  
Suspension APL ou AL :  NON  OUI depuis le .....

**DESCRIPTIF DE LA DETTE**

Montant de la dette locative ..... La dette concerne :  des loyers  
 des charges locatives  
La dette représente ..... mois de loyers impayés  autres, précisez : .....  
Le locataire a repris le paiement du loyer :  NON  OUI depuis le .....

**→ Négociation avec le locataire**

Avez-vous rencontré le locataire :  OUI  NON  
Avez-vous signé un plan d'apurement de la dette avec le locataire :  
 OUI Date : ..... Montant des mensualités : ..... Durée : .....  
 NON Pourquoi ? .....  
Le plan d'apurement est-il respecté ?  Oui  Non

## DETAIL DE LA DETTE → À REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE BAILLEUR PRIVÉ

Contactez le secrétariat logement de votre DTAS pour obtenir une aide pour compléter le tableau

Mois concernés	Montant loyer nu	Montant charges locatives mensuelles	Montant aide au logement versées par CAF ou MSA	Sommes réglées par le locataire	Sommes dues
TOTAL DÔ					

### MODALITÉS DE VERSEMENT DE L'AIDE AU LOGEMENT

Je soussigné(e) **M, Mme** ....., **propriétaire du logement référencé ci-dessus** :

- accepte que l'aide au logement perçue par le locataire me soit versée directement
- refuse que l'aide au logement perçue par le locataire me soit versée directement
- perçoit déjà l'aide au logement en tiers payant

Date : ..... Signature du propriétaire :

### À REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE BAILLEUR PUBLIC

Procédure d'expulsion ?  OUI  NON

- Commandement de payer ?
- Assignation aux fins de résiliation de bail ? Si audience passée, décision : .....
- Commandement de quitter les lieux ?  Demande du concours de la force publique ? Date : .....

### MOTIF DE LA SAISINE

.....  
.....

### À REMPLIR PAR LE LOCATAIRE SI BAILLEUR PUBLIC

Je soussigné (nom, prénom du locataire) .....

Certifie avoir donné mon accord à mon propriétaire (nom du bailleur) .....

Pour qu'il informe le Fonds unique logement de mon impayé de loyer et donne l'ensemble des éléments ci-dessus renseignés me concernant dans l'objectif de rechercher une solution d'aide.

**Date et signature :**



Fiche de liaison à établir et à transmettre au créancier concerné par le travailleur social, en accord avec le demandeur, à l'occasion d'une demande d'aide pour l'eau ou l'énergie.

**TRAVAILLEUR SOCIAL SUIVANT LA DEMANDE**

Nom : .....  
Tel : .....  
Mail : .....  
CMS de : .....

VEOLIA       ENGIE  
 SAUR         EDF  
Coordonnées au verso

**COORDONNÉES DU CLIENT**

N° de référence client : .....

Nom, prénom : .....  
.....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....

**PROPOSITION D'INTERVENTION DU FUL : Date de la demande : .....**

Montant de la dette : ..... €  
Montant de l'abandon de créance : ..... €  
Montant de l'aide envisagée : ..... €  
Solde à la charge du client : ..... €

**PLAN D'APUREMENT (TRANSMETTRE UN RIB)**

→ Le client est-il bénéficiaire du Tarif de première nécessité (TPN électricité) :     OUI     NON  
→ Le client est-il bénéficiaire du Tarif spécial de solidarité (TSS gaz naturel) :     OUI     NON

**→ Plan d'apurement automatique en 4 fois maximum :**

Date : JJ/MM/AA	Montant

Mensualisation de facture effective :  OUI     NON  
Mensualisation à mettre en place :     OUI     NON

Montant : ..... €

Date de mise en place : .....

**En cas d'impossibilité pour la mise en place de ce plan, contacter le pôle solidarité pour la mise en place éventuelle d'un plan d'apurement en dix fois maximum.**

**→ Plan d'apurement en 10 fois maximum :**

Nombre d'échéances : ..... / Montant : ..... €  
le ..... de chaque mois.

**→Observations complémentaires**

**Je m'engage à respecter le plan d'apurement ci-dessus. Je prends connaissance que le non-respect de deux échéances du plan d'apurement ou des factures ou mensualisations à venir entrainera l'exigibilité de la totalité de la dette.**

Date et signature du demandeur :

**COORDONNÉES UTILES**

- EDF – Accueil travailleurs sociaux**  
Tél : 0810 810 114  
Mail : solidarite26@edf.fr
  
- ENGIE – Accueil travailleurs sociaux**  
Tél : 0810 120 975 / Fax : 0810 440 441  
www.dolcevita-solidarite-servicessociaux.fr
  
- SAUR – Accueil travailleurs sociaux**  
Montélimar - Tél : 04 75 00 12 00/ Fax : 04 75 00 12 00  
Largentière - Tél : 04 75 39 28 00/ Fax : 04 75 39 24 99  
Annonay - Tél : 04 75 69 24 44/ Fax : 04 75 69 24 33
  
- VEOLIA – Correspondant**  
Tél : 04 75 81 80 50 / Fax : 04 75 81 80 55



*ATTENTION : en cas de procédure de rétablissement personnel (effacement de dettes) homologuée par le tribunal, la commission est incompétente pour statuer sur toute demande de prêt.*

**TRAVAILLEUR SOCIAL EN CHARGE DU SUIVI**

Nom, prénom : .....

Adresse du CMS : .....

N° de tel : ..... Mail : .....

**IDENTIFICATION DU DEMANDEUR**

Nom, prénom : .....

Nom de jeune fille (le cas échéant) : ..... Date de naissance : .....

Adresse du ménage : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Nombre d'enfants à charge : .....

**SITUATION DU DEMANDEUR**

→ Dossier de surendettement en cours (joindre la copie du plan initial)

Date et nature de la dernière décision de la Commission de surendettement (recevabilité, plan définitif...):

→ Changement(s) intervenu(s) dans la situation du demandeur depuis le dépôt du dossier de surendettement ou la signature du plan de surendettement (situation familiale, ressources, charges...):

Si déménagement, montant de l'ancien loyer : ..... € et du nouveau loyer : ..... €

→ Prêt social envisagé

Dettes concernées :  loyer  dépôt de garantie  autre : .....

Montant du prêt sollicité : .....

Durée du prêt : ..... Montant remboursements : ..... €/mois

Motivations et avis du travailleur social :

Avis de la Commission de surendettement de l'Ardèche pour la mise en place d'un prêt social FUL :

**DIAGNOSTIC SOCIAL ET FINANCIER (DSF)**  
**EXPULSIONS LOCATIVES – ASSIGNATION**  
**A RETOURNER à la DDCSPP AVANT LE**  
 .....7 boulevard du Lycée - BP 730 - 07007 PRIVAS cedex – ddcsp-expulsion@ardeche.gouv.fr

NB : les informations contenues dans ce document seront transmises au juge qui les examinera lors de l'audience en résiliation de bail qui se tiendra le ..... au tribunal . Ces informations ont pour but d'éclairer le juge sur la situation sociale du locataire. Le juge peut éventuellement accorder un plan d'apurement, des délais de paiement ou des délais pour quitter les lieux.

NOM et Prénom : ..... Date de naissance : .....

ADRESSE : ..... N° Allocataire : .....

.....

Tél : ..... Mail : .....@.....

Situation matrimoniale :  
 marié (e)  célibataire  vie maritale  divorcé (e)  séparé (e)  veuf (ve)

Situation professionnelle :

**N'INDIQUER CI-DESSOUS QUE LES PERSONNES VIVANT AU FOYER :**

NOM Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation professionnelle : scolaire, chômage, autre

Ressources mensuelles de toutes les personnes vivant au foyer		Charges mensuelles		Dettes	
Nature	Montant	Nature	Montant	Nature	Montant
-Salaire	-	-Loyer total (charges incluses)	-	-Loyer	-
-Retraite	-	-Eau	-	-Eau	-
-Indemnités chômage	-	-Electricité	-	-Electricité	-
-IJ Maladie	-	-Chauffage	-	-Chauffage	-
-ASS	-	-Téléphone	-	-Téléphone	-
-Autres indemnités chômage	-	-Assurances	-	-Assurances	-
-RSA	-	-Mutuelles	-	-Mutuelles	-
-Prestations familiales	-	-Impôt Revenus	-	-Impôts	-
-AAH	-	-Taxe habitation	-	-Découvert bancaire	-
-Pension alimentaire	-	-Crédits	-	-Créances CAF/MSA	-
-Aide au logement	-	-autres	-	-Crédits	-
-autres	-	-	-	-autres :	-
-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	

**Préciser les derniers règlements effectués concernant le loyer : → joindre les justificatifs**

DATE	MONTANT	MOYEN DE PAIEMENT (prélèvement, chèque, espèces ...)

**L'AIDE AU LOGEMENT :**

Le ménage a-t-il droit à une aide au logement    OUI    NON            Montant du droit :  
Versements en tiers payant :    OUI    NON            Montant versé :  
Si le versement est suspendu indiquez depuis quand :  
MONTANT DU RAPPEL EVENTUEL :

**SITUATION AU REGARD DU FUL (FSL) :**

Le FUL est-il déjà intervenu pour une dette de loyer ?    OUI    NON  
Si OUI date et montant de l'aide :  
Si OUI y a-t-il un remboursement de prêt FUL en cours ?

**Mesure Accompagnement Social :**    En cours             Envisagée             Terminée

ASLL             AVDL             MASP             MAESF

**Le ménage bénéficie-t-il d'une mesure de protection :**    OUI    NON

MAJ             MJAGBF             Curatelle             Tutelle

**si oui exercée par quel mandataire ? :**

**Un plan conventionnel de règlement du surendettement (banque de France) a-t-il été établi ? OUI NON**

Si oui préciser :            signé  
                                  en cours de négociation  
                                  envisagé

Ce plan inclut-il la dette de loyer ?    OUI    NON            Si oui, le joindre à ce DSF

**Eléments importants :** (→ au besoin joindre un exposé social sur papier libre et/ou **tout justificatif utile**)

L'origine et les raisons de la dette de loyer :
---



Les moyens proposés pour régler la dette :  
(si un plan d'apurement est proposé, joindre un courrier signé selon le modèle au dos)

Le ménage souhaite-t-il rester dans ce logement ?      OUI      NON

Si non, quelles sont les démarches engagées pour le relogement ?

Le ménage a-t-il été informé de la nécessité de se présenter à l'audience ou de s'y faire représenter ?  
OUI      NON

En cas d'impossibilité d'être présent, le ménage doit adresser un courrier à la juridiction, accompagné d'un justificatif

Je soussigné(e)(s) (*NOM Prénom*)..... prends acte que les informations  
contenues dans cette fiche seront communiquées au juge chargé de la décision.

Date : .....

Signature du ou des locataire(s) :

Date : .....

Nom du travailleur social : ..... Signature :

Tél. : ..... Mail : .....@.....

Cachet du service ayant procédé au diagnostic social et financier

→ Modèle à recopier et à joindre au présent diagnostic social et financier

### Proposition de plan d'apurement

Je soussigné(e)(s)

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

M'engage à rembourser à mon bailleur, M ..... en règlement de ma dette de loyer :

la somme de ..... € tous les mois en plus de mon loyer mensuel

qui s'élève à ..... €, déduction faite de l'aide au logement s'il y a lieu.

Je ferai le premier versement le :

Ces paiements interviendront tous les mois jusqu'au règlement total de ma dette de loyer.

Fait à .....

Le .....

Signature(s) du ou des locataires

Attention :

Le plan d'apurement que vous proposez doit être réaliste au vu de vos revenus et de vos charges fixes

Si vous avez déjà effectué des règlements avant l'audience présentez-vous avec vos justificatifs de paiement

Il est conseillé d'adresser une copie du projet de plan à votre bailleur avant l'audience

CHARTRE DE PREVENTION DES EXPULSIONS LOCATIVES  
DIAGNOSTIC SOCIAL ET FINANCIER - ASSIGNATIONS

BORDEREAU DE CARENCE

Date limite de retour à la DDCSPP : Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations : .....

<p><u>Locataire :</u></p> <p><b>NOM</b> .....</p> <p><b>Prénom</b> .....</p> <p><b>N° allocataire</b> .....</p> <p><b>Adresse</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Tél. :</b> .....</p> <p><b>Mail :</b> .....@.....</p>
--

Identification du service social :

Mr ou Mme.....

N'a pas répondu à la (aux) proposition(s) de mise à disposition adressé(es) le :

.....  
.....  
.....

Ne s'est pas présenté au(x) rendez-vous fixé(s) le :

.....  
.....  
.....

N'était pas présent(e) à la visite à domicile du :

.....  
.....  
.....

En l'absence de contact avec M .....  
le service n'est pas en mesure de communiquer d'enquête sociale.

Date .....

Nom du travailleur social .....

Signature et cachet

**DIAGNOSTIC SOCIAL ET FINANCIER (DSF)**  
**EXPUSIONS LOCATIVES – REQUISITION FORCE PUBLIQUE (RFP)**  
**AVANT LE .....**

*7 boulevard du Lycée – BP 730 – 07007 PRIVAS cedex – [ddcspp-expulsion@ardeche.gouv.fr](mailto:ddcspp-expulsion@ardeche.gouv.fr)*

NB : les informations contenues dans ce document seront transmises aux services préfectoraux. **Ces informations ont pour but d'éclairer le préfet sur la situation sociale du locataire afin qu'il puisse éventuellement accorder un délai pour quitter les lieux.**

NOM et Prénom : ..... Date de naissance : .....

ADRESSE : ..... N° Allocataire : .....

.....

.....

Tél : ..... Mail : .....@.....

Situation matrimoniale :  
 marié (e)  célibataire  vie maritale  divorcé (e)  séparé (e)  veuf (ve)

Situation professionnelle :

N'INDIQUER CI-DESSOUS QUE LES PERSONNES VIVANT AU FOYER :			
NOM Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation professionnelle : scolaire, chômage, autre

Ressources mensuelles de toutes les personnes vivant au foyer		Charges mensuelles		Dettes	
Nature	Montant	Nature	Montant	Nature	Montant
-Salaire	-	-Loyer total (charges incluses)	-	-Loyer	-
-Retraite	-	-Eau	-	-Eau	-
-Indemnités chômage	-	-Electricité	-	-Electricité	-
-IJ Maladie	-	-Chauffage	-	-Chauffage	-
-ASS	-	-Téléphone	-	-Téléphone	-
-Autres indemnités chômage	-	-Assurances	-	-Assurances	-
-RSA	-	-Mutuelles	-	-Mutuelles	-
-Prestations familiales	-	-Impôt Revenus	-	-Impôts	-
-AAH	-	-Taxe habitation	-	-Découvert bancaire	-
-Pension alimentaire	-	-Crédits	-	-Créances CAF/MSA	-
-Aide au logement	-	-autres	-	-Crédits	-
-autres	-	-	-	-autres :	-
-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	



Le ménage a-t-il une solution de relogement ou d'hébergement ? : OUI NON

Si oui, laquelle ? :

Si non, préciser les démarches engagées pour rechercher un logement :

- Demande Logement Social OUI NON

Si oui, N° unique d'enregistrement : .....

- Inscription au fichier des ménages prioritaires (SYPLO) : OUI NON

- Demande de DALO déposée : OUI NON

- Recherche dans le parc privé : OUI NON

- Demande d'hébergement SIAO : OUI NON

- Autres :

**Exposé de la situation :**

Je soussigné(e)(s) (*NOM Prénom*)..... prends acte que les informations  
contenues dans cette fiche seront communiquées au préfet chargé de la décision.

Date : .....

Signature du ou des locataire(s) :

Date : .....

Nom du travailleur social : ..... Signature :

Tél. : ..... Mail : .....@.....

Cachet du service ayant procédé au diagnostic social et financier

BORDEREAU DE CARENCE

Date limite de retour à la DDCSPP : Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations : ...**avant le**

<p><u>Locataire :</u></p> <p><b>NOM</b> .....</p> <p><b>Prénom</b> .....</p> <p><b>N° allocataire</b> .....</p> <p><b>Adresse</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Tél. :</b> .....</p> <p><b>Mail :</b> .....@.....</p>
--

Identification du service social :

Mr ou Mme.....

N'a pas répondu à la (aux) proposition(s) de mise à disposition adressé(es) le :  
.....  
.....  
.....

Ne s'est pas présenté au(x) rendez-vous fixé(s) le :  
.....  
.....  
.....

N'était pas présent(e) à la visite à domicile du :  
.....  
.....  
.....

En l'absence de contact avec M .....  
le service n'est pas en mesure de communiquer d'enquête sociale.

Date .....

Nom du travailleur social .....

Signature et cachet









