

COMMUNE DE FILLINGES

858, route du Chef-lieu 74250 FILLINGES Te : 04 50 36 42 65

Courriel: commune@fillinges.fr

DEMANDE DE LOGEMENT

DENTITE(S) DU/DES DEMANDEUR(S):			
	Demandeur 1 :		
	NOM:	Prénom :	
	Adresse:		
	Tel:	Mail:	
	Demandeur 2:		
	NOM:	Prénom :	
	Adresse:		
	Tel:	Mail:	
PIECE	ES A JOINDRE :		
	☐ Justificatif(s) d'identité du ou des demandeurs		
	☐ Justificatif(s) de domicile de moins de 3 mois du ou des demandeurs		
	☐ 2 derniers avis d'imposition du ou des demandeurs		
	☐ 3 derniers bulletins de salaires ou tout autre	justificatif de revenu du ou des demandeurs	
	☐ Numéro de dossier de demande de logemen	t social s'il y a :	

COMPOSITION DU FOYER:				
Statut marital :	Enfants:			
☐ Célibataire	☐ Enfants à charge :			
■ Marié	☐ Vivant dans le foyer :			
☐ Pacsé	☐ De manière permanente :			
☐ Séparé	☐ De manière alternée :			
Type de logement demandé :				
□ T1				
□ T2				
□ T3				
□ T4				

RESSOURCES MENSUELLES:

Salaires ou indemnités	€
Pension alimentaire	€
Aides CAF :	€
Autres:	€
TOTAL	€

SITUATION (expliquer en quelques mots les motifs de la demande : évolution de la composition familiale,				
emploi sur la commune de FILLINGES,) :				
Fait à FILLINGES,				
Dates et signatures :				
2 4.00 010.9.144.00 1				
Je certifie que les renseignements communiqués sont exacts.				
Demandeur 1 :	Demandeur 2 :			
Demandeur 1:	Demandeur 2 :			