



Inscription pour un logement adapté avec accompagnement (LADA)

Route de la Croix-Blanche 35, 1066 Epalinges

Document à retourner un exemplaire à :

Régie Marmillod SA

Route d'Oron 2

Case postale 299

1000 Lausanne 10

Préambule

18 logements adaptés accueillent 21 personnes depuis avril 2018. Les locataires vivent dans des appartements qui sont adaptés à une mobilité réduite et bénéficient de la présence d'une conciergerie sociale.

Au rez-de-chaussée de ce bâtiment se trouve une salle communautaire, Ekby, dédiée à la vie commune des locataires. L'équipe du CAP (Centre d'animation socio-culturelle palinzard) leur propose des activités hebdomadaires, tels que repas, projection de films, moments de rencontres ou autres, avec pour objectif la lutte contre l'isolement social, la création de liens sociaux entre eux et la participation à la vie de leur quartier.

La mise en place d'un système d'alarme est possible, en collaboration avec le CMS ou avec un prestataire privé de votre choix.

Type d'appartement souhaité

2 pièces

3 pièces

1.- VOS COORDONNEES

| | |
|-------------------------------|------------------|
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : | |
| Profession (dernière exercée) | |
| Adresse chemin/route : | |
| N° postal et localité : | |
| N° de téléphone fixe | N° de portable : |
| Adresse mail : | |

2.- ETAT CIVIL (*soulignez ce qui convient*)

Célibataire

Marié/e

Divorcé/e

Séparé/e

Veuve/veuf

3.- CONJOINT/E

| | |
|-------------------------------|------------------|
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : | |
| Profession (dernière exercée) | |
| Adresse chemin/route : | |
| N° postal et localité : | |
| N° de téléphone fixe | N° de portable : |
| Adresse mail : | |

4.- VOTRE CONJOINT/E (*soulignez ce qui convient*)

a) Reste à son domicile (*logement distinct*)

b) Réside en institution (EMS ou autre)

c) Vous et votre conjoint logerez ensemble dans l'appartement adapté

5.- ETES-VOUS AU BENEFICE D'UNE RC PRIVEE ?

Oui / Non (*soulignez ce qui convient*)

Si oui, nom de la compagnie d'assurance :

6.- POSSEDEZ-VOUS UN ANIMAL DE COMPAGNIE ?

Oui / Non (*soulignez ce qui convient*) Si oui, lequel :

7.- AVEZ-VOUS DES POURSUITES EN COURS ? Oui / Non (*soulignez ce qui convient*)

8.- ETES-VOUS AU BENEFICE DE PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES A L'AVS ?

Oui / Non (*soulignez ce qui convient*)

9.- REVENU ET FORTUNE

Revenu mensuel : CHF Fortune : CHF.....

Veillez joindre une copie de votre dernière taxation d'impôts

10.- QUELLES SONT VOS MOTIVATIONS POUR DEMENAGER DANS UN APPARTEMENT ADAPTÉ ?

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

11.- QUELLES SONT VOS ATTENTES EN TERMES DE PRESTATIONS ?

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

12.- QUELLES SONT VOS ATTENTES AU NIVEAU DE LA SECURITE ?

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

13.- QUELLES SONT VOS BESOINS EN PRESTATIONS DE SOINS ?

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

14.- RECEVEZ-VOUS ACTUELLEMENT DE L'AIDE DE PROCHES ?

Oui / Non (*soulignez ce qui convient*)

Si oui, de quel type d'aide ?

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

15.- RECEVEZ-VOUS ACTUELLEMENT DES PRESTATIONS DU CENTRE MEDICO-SOCIAL ?

Oui / Non (*soulignez ce qui convient*)

Si oui, lesquelles ?

16.- AVEZ-VOUS BESOIN DE MOYENS AUXILIAIRES POUR VOS DEPLACEMENTS ?

Chaise roulante / déambulateur / canne / autre :

(*soulignez ce qui convient*)

17.- DE VOTRE COTE, AVEZ-VOUS UNE OU DES PRESTATION/S A OFFRIR AUX AUTRES LOCATAIRES ?

Oui / Non (*soulignez ce qui convient*)

Si oui, laquelle/lesquelles ?

18.- DANS QUEL TYPE D'HABITAT VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT ? (*soulignez ce qui convient*)

Villa Appartement en PPE Appartement en location Autre :

19.- RENCONTREZ-VOUS DES DIFFICULTES LIEES A L'ARCHITECTURE ET A L'AMENAGEMENT DE VOTRE LOGEMENT ?

De quels types sont-elles ?

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

20.- EVENTUELLE PERSONNE DE REFERENCE : (*soulignez ce qui convient*)

Membre de la famille Soutien Curateur Autre :

| | |
|-------------------------|------------------|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse chemin/route : | |
| N° postal et localité : | |
| N° de téléphone fixe | N° de portable : |
| Adresse mail : | |

Nous vous remercions d'avoir complété ce formulaire en toute sincérité et vous assurons qu'il sera traité dans une stricte confidentialité.

Nous vous prions de bien vouloir être attentif/ve à ne pas omettre de joindre l'annexe requise.

Lieu : Date :

Signature :

Signature du/de la conjoint/e ou concubin/e :

Signature du tuteur ou curateur (*si existant*)

**21.- Formulaire de Consentement à l'échange d'informations
entre**

le Centre Médico-Social (CMS) d'Epalinges

et

**la Commission d'attribution des appartements adaptés de la route
de la Croix-Blanche 35**

Je soussigné(e),, né(e) le, autorise
expressément le CMS d'Epalinges à transmettre à la Commission d'attribution des
appartements adaptés avec accompagnements (LADA) les données personnelles relatives à
mon état de santé.

La Commission d'attribution et le CMS traitent les données de manière confidentielle et ne
les transmettent pas à des tiers sans autorisation explicite du (de la) soussigné(e) ou de
son représentant.

Signature du bénéficiaire ou de son représentant légal :

Copies à : CMS d'Epalinges

Commission d'attribution des appartements adaptés avec accompagnement (LADA)