



FORMULAIRE DE DEMANDE DE MUTATION

Numéro d'inscription :	Formulaire de demande de mutation A insérer dans le registre des demandes de mutations prioritaires Ou dans le registre des demandes de mutations non prioritaires
------------------------	--

Avenue des Métallurgistes 7 A/1
1490 Court-Saint-Etienne

VOLET A - A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

A.1. COORDONNEES ET COMPOSITION DE MENAGE			
CANDIDAT		CONJOINT OU COHABITANT (co-signataire du bail)	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Date et lieu de Naissance		Date et lieu de Naissance	
Etat Civil (1) :		Etat Civil (1):	
Nationalité (2) :		Nationalité (2) :	
N° de Registre National / N° Registre des Etrangers	-----	N° de Registre National / N° Registre des Etrangers	-----
Profession	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Chômeur <input type="checkbox"/> Pensionné <input type="checkbox"/> Revenu d'intégration <input type="checkbox"/> Autres	Profession	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Chômeur <input type="checkbox"/> Pensionné <input type="checkbox"/> Revenu d'intégration <input type="checkbox"/> Autres
Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (ne mentionner oui que si l'handicap est reconnu par le Ministère des affaires sociales - "Vierge Noire"		Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (ne mentionner oui que si l'handicap est reconnu par le Ministère des affaires sociales - "Vierge Noire"	
Téléphone / Gsm		Téléphone / Gsm	
Adresse email		Adresse email	
Adresse: Rue: . N°: .. CP: .. Localité: . Pays: ..		Adresse: Rue: . N°: .. CP: .. Localité: . Pays: ..	
Statut de propriété: Propriétaire: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui Précisez: <input type="checkbox"/> Propriétaire à 100 % <input type="checkbox"/> En copropriété à ..% <input type="checkbox"/> Usufruit Vente prévue le / . . . / . . .		Statut de propriété: Propriétaire: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui Précisez: <input type="checkbox"/> Propriétaire à 100 % <input type="checkbox"/> En copropriété à ..% <input type="checkbox"/> Usufruit Vente prévue le / . . . / . . .	

Autres membres du ménage (ne plus reprendre le candidat et le conjoint / ou le cohabitant)

	Nom et prénom	Date De naissance	Sexe	Lien De parenté	N° national	Commune Du domicile	Handicapé
1				Enfant à charge			OUI (reconnu par le Ministère des affaires sociales)
	Profession(3):			Enfant en Hébergement			
				Ascendant			
				Autre			NON

2	Nom et prénom	Date De naissance	Sexe	Lien De parenté	N° national	Commune Du domicile	Handicapé
				Enfant à charge			OUI (reconnu par le Ministère des affaires sociales)
	<u>Profession(3):</u>			Enfant en Hébergement Ascendant Autre			NON

3	Nom et prénom	Date De naissance	Sexe	Lien De parenté	N° national	Commune Du domicile	Handicapé
				Enfant à charge			OUI (reconnu par le Ministère des affaires sociales)
	<u>Profession(3):</u>			Enfant en Hébergement Ascendant Autre			NON

4	Nom et prénom	Date De naissance	Sexe	Lien De parenté	N° national	Commune Du domicile	Handicapé
				Enfant à charge			OUI (reconnu par le Ministère des affaires sociales)
	<u>Profession(3):</u>			Enfant en Hébergement Ascendant Autre			NON

5	Nom et prénom	Date De naissance	Sexe	Lien De parenté	N° national	Commune Du domicile	Handicapé
				Enfant à charge			OUI (reconnu par le Ministère des affaires sociales)
	<u>Profession(3):</u>			Enfant en Hébergement Ascendant Autre			NON

6	Nom et prénom	Date De naissance	Sexe	Lien De parenté	N° national	Commune Du domicile	Handicapé
				Enfant à charge			OUI (reconnu par le Ministère des affaires sociales)
	<u>Profession(3):</u>			Enfant en Hébergement Ascendant Autre			NON

Pour les femmes enceintes :	Date prévue pour l'accouchement (mois/année) 0 0 0 0 0 0 .. / 0 0 0 0 0 0 .. 0 0 0 0 0 0 ..
-----------------------------	--

A.2. RAISONS DE LA DEMANDE :

1. mutation introduite pour sous-occupation du logement ;
2. mutation introduite en vue d'obtenir un logement proportionné, à l'exception des points 1,3 et 7 ;
3. mutation introduite en vue de quitter un logement non proportionné attribué sur la base d'une dérogation accordée conformément à l'article 1^{er}, 15°, alinéa 3 a) et b), et occupé depuis au moins trois ans ;
4. mutation introduite en vue d'aller d'un logement vers un logement spécialement conçu pour des personnes âgées de plus de 65 ans, pour des étudiants ou pour des personnes handicapées ou vers un logement présentant des facilités d'accès pour des personnes souffrant de problèmes médicaux, ou inversement ;
5. mutation introduite en raison des revenus du ménage ;
6. mutation introduite pour des raisons de convenances personnelles :
 - a) pour des raisons d'urgence sociale ou de cohésion sociale,
 - b) afin d'obtenir un logement présentant des facilités d'accès quant à sa structure ou sa localisation pour des personnes présentant des problèmes médicaux attestés par un médecin,
 - c) autre
7. mutation introduite afin d'obtenir un logement deux chambres en application de l'article 1^{er}, 15°, alinéa 1^{er}, c)

VOLET B (à remplir par la société qui reçoit la candidature)

B.1. DATES (4)					
de dépôt	de admission	de radiation	de refus	de confirmation	de attribution
ø /ø /ø	ø /ø /ø	ø /ø /ø	ø /ø /ø	ø /ø /ø	ø /ø /ø

B.2. LE LOGEMENT REGLEMENTAIREMENT PROPORTIONNE A LA COMPOSITION FAMILIALE COMPORTE (5) :					
1 chambre	2 chambres	3 chambres	4 chambres	5 chambres	6 chambres
LE LOGEMENT DOIT ETRE ADAPTE (6)				OUI	NON
B.3. LE LOGEMENT ACTUELLEMENT ATTRIBUE					
1 chambre	2 chambres	3 chambres	4 chambres	5 chambres	6 chambres
Dérogation :	Dérogation :	Dérogation :	Dérogation :	Dérogation :	Dérogation :
LOGEMENT ADAPTE :				OUI	NON
B.3. VOIES DE RECOURS (7)					
<p>Le candidat locataire qui se sent lésé par une décision de la société peut introduire une réclamation au siège de celle-ci, par envoi recommandé, dans les trente jours qui suivent la notification de la décision. A défaut de réponse dans les trente jours de la réclamation ou en cas de réclamation rejetée, le candidat locataire peut introduire un recours, par envoi recommandé, auprès de la Chambre de recours dont le siège est situé à la Société wallonne du Logement, Rue de l'Écluse 21 à 6000 Charleroi.</p> <p>Il est également possible, pour le candidat locataire, de adresser une réclamation individuelle auprès du Médiateur de la Région wallonne à l'adresse suivante : Rue Lucien Namèche 54, à 5000 Namur.</p>					

Fait à _____, le _____ ..

Signature(s) du (des) candidat(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé » :

Ainsi qu'il est prévu par la loi sur la protection de la vie privée, les données à caractère personnel communiquées dans le cadre de la présente candidature et du bail sont traitées à des fins de maintenance des fichiers des candidats. Le candidat marque son accord pour que ces données soient communiquées aux autres sociétés gestionnaires des communes sur lesquelles il a posé un choix. Le responsable du traitement est la SCRL _____, dont le siège est à _____.

Vous avez le droit de consulter et de faire corriger les renseignements communiqués comme prévu par la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée. Il vous appartient de nous communiquer tout élément susceptible de modifier votre dossier de demande de mutation.

Signification des renvois avec références, selon la rubrique, au Code wallon du Logement et à l'arrêté du Gouvernement wallon relatif à la location des logements sociaux gérés par la Société wallonne du Logement ou par les sociétés de logement de service public.

(1) Indiquer :

- C pour la personne célibataire ;
- M pour la personne mariée ou la personne cohabitante ;
- D pour la personne divorcée ;
- S pour la personne séparée ;
- V pour la personne veuve/

(2) Indiquer :

- B pour les ressortissants belges ;
- U pour les ressortissants de l'Union européenne autres que belges ;
- A pour les autres ressortissants.

(3) Indiquer :

- S si il s'agit d'un salarié ;
- I si il s'agit d'un indépendant ;
- C si il s'agit d'une personne percevant des allocations de chômage ;
- P si il s'agit d'une personne pensionnée ;
- MU si il s'agit d'une personne percevant des revenus de sa mutuelle ou assimilés ;
- MI si il s'agit d'une personne percevant le revenu d'intégration sociale.

- (4) Arrêté du Gouvernement wallon du 6 septembre 2007 organisant la location des logements gérés par la Société wallonne du Logement ou par les sociétés de logement de service public, articles 17 bis.
- (5) Arrêté du Gouvernement wallon du 6 septembre 2007 organisant la location des logements gérés par la Société wallonne du Logement ou par les sociétés de logement de service public, article 1^{er}, 15°.
- (6) Code wallon du Logement, article 1^{er}, 25° : logement dans lequel des travaux ont été effectués en vue de permettre une occupation adéquate par un ménage dont un des membres est handicapé.
- (7) Arrêté du Gouvernement wallon du 6 septembre 2007 organisant la location des logements gérés par la Société wallonne du Logement ou par les sociétés de logement de service public, article 7 à 11.

IMPLANTATIONS GERÉES PAR L'I.P.B.

Ordre de préférence	NOUVELLES COMMUNES	Ordre de préférence	ANCIENNES COMMUNES
	OTTIGNIES LLN		- CEROUX-MOUSTY
			- LIMELETTE
			- OTTIGNIES
	CHAUMONT-GISTOUX		- CHAUMONT-GISTOUX
			- DION-VALMONT
	JODOIGNE		- JODOIGNE
			- ZETRUD-LUMAY
	GREZ-DOICEAU		- ARCHENNES
			- GREZ-DOICEAU
	INCOURT		- OPPREBAIS
			- INCOURT
			- PIETREBAIS
	BEAUVECHAIN		- BEAUVECHAIN
			- HAMME-MILLE
	COURT-ST-ETIENNE		- COURT-ST-ETIENNE
	MONT-ST-GUIBERT		- MONT-ST-GUIBERT
	ORP-JAUCHE		- MARILLES
			- JAUCHE
			- NODUWEZ
	HELECINE		- HELECINE
	RAMILLIES		- RAMILLIES

Choisissez une des deux colonnes et indiquez devant chaque commune l'ordre de préférence



CANDIDAT(E)(S) LOCATAIRE(S) – CANDIDAT(E)(S) À UNE MUTATION & HANDICAP

Préambule :

Vous ou un membre de votre famille avez des difficultés de mobilité ou le besoin d'un logement adapté pour pouvoir y vivre sereinement ?

Ce questionnaire est important !

Pour pouvoir vous proposer le logement le plus adéquat, l'IPB doit pouvoir connaître et cerner vos besoins en matière de mobilité et d'accès. C'est pourquoi nous vous demandons de compléter le formulaire ci-dessous.

Date : N° de dossier : Nom - Prénom : N° de téléphone :
--

I. QUESTIONNAIRE CONCERNANT LE HANDICAP :

Y a-t-il dans votre ménage une ou plusieurs personnes reconnues handicapées ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A fournir par votre médecin qui suit la pathologie : un rapport médical détaillé, signé et daté. Confirmant : <ul style="list-style-type: none">– le diagnostic– l'implication du handicap au quotidien– Si la pathologie est évolutive ou pas <p><i>(Ces informations resteront strictement confidentielles et sont uniquement destinées à attribuer un logement le plus adapté à la situation).</i></p>	

II. QUESTIONNAIRE CONCERNANT LE LOGEMENT :

<p>Jusqu'à quel étage, la personne reconnue handicapée peut-elle monter sans disposer d'un ascenseur ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Rez-de-chaussée <input type="checkbox"/> 1^{er} étage <input type="checkbox"/> 2^{ème} étage <input type="checkbox"/> 3^{ème} étage <input type="checkbox"/> 4^{ème} étage</p>
<p>Dans son logement, la personne reconnue handicapée peut-elle monter deux ou trois marches d'escaliers.</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>La personne reconnue handicapée a-t-elle besoin d'une aide à la mobilité ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Si oui, de quelles aides s'agit-il ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Béquille <input type="checkbox"/> Chaise électrique <input type="checkbox"/> Chaise manuelle <input type="checkbox"/> Tribune de marche <input type="checkbox"/> Autre, précisez</p>
<p>La personne reconnue handicapée a-t-elle besoin d'une aide pour effectuer sa toilette ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>La personne reconnue handicapée peut-elle faire usage d'une baignoire ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>



Si non, la personne reconnue handicapée peut-elle faire usage d'une douche traditionnelle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si le logement dispose d'un jardin, l'entretien pourra-t-il être assuré malgré le handicap ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

III. QUESTIONNAIRE CONCERNANT LES AIDES MATERIELLES:

La personne reconnue handicapée a-t-elle déjà introduit un dossier AVIQ ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quel est le numéro de dossier ?	N° :
<p>La pathologie nécessite-elle des aménagements particuliers ?</p> <p>Si oui, une assistante sociale prendra contact avec vous.</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



IV. DOCUMENTS A FOURNIR :

- Une vignette de mutuelle.
- Une copie de l'attestation SPF sécurité sociale.
- Les documents fournis par votre médecin.

La personne déclare avoir rempli ce questionnaire en toute honnêteté.

Fait à : Le :

Signature(s) :

Réservé à l'IPB :

Accessible

-

Adaptable

-

Adapté