



Fiche à retourner par mail ou par courrier accompagnée de :

- Avis d'imposition de tous les occupants du logement
- Devis si vous en possédez
- DPE ou AUDIT réglementaire si vous en possédez

**Cadre réservé à SOLIHA 53**

Nom du Conseiller : ..... Date du 1er contact : .....  
Numéro de dossier : ..... Date de visite : .....  
Communauté de Communes de : .....  
Inscription SEL :  ANAH  Périmètre protégé  Sub logement vacant

**Vous avez été orienté par :**

Travailleurs sociaux du Conseil Départemental  CAF  UDAF  MSA  Artisan  MDA  PTRE  
Préciser nom : ..... Téléphone : .....

**Avez-vous déjà perçu une aide financière pour l'amélioration de votre logement ?**

OUI  NON Si oui, en quelle année ..... et quel type de d'aide : .....

### PROFIL DU DEMANDEUR

<input type="checkbox"/> PROPRIETAIRE OCCUPANT	<input type="checkbox"/> PROPRIETAIRE BAILLEUR	<input type="checkbox"/> LOCATAIRE
Date et lieux de naissance: .....	Demandeur : ..... à .....	
	Conjoint : ..... à .....	
Demandeur Nom : .....	Prénom : .....	<input type="checkbox"/> propriétaire du bien
Conjoint Nom : .....	Prénom : .....	<input type="checkbox"/> propriétaire du bien
Adresse : .....		
Code postal : .....		
Commune : .....		
☎ dom : .....		
) port : .....		
Email : .....		
Nb d'occupants du logement : Adultes ..... Enfant(s) à charge : ..... Enfant(s) à naître : ..... TOTAL : .....		
Autre(s) personne(s) vivant au foyer (précisez la situation) : .....		
Logement HLM acquis depuis moins de 5 ans : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Avez-vous bénéficié d'un Prêt à Taux Zéro (PTZ) Aquisition lors de l'achat de votre bien ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Si oui en quelle année ? .....		

**Cadre réservé à SOLIHA 53 :**

RFR : 20..... AI N-1 .....  
20..... AI N-2 .....  
 TMO  MO  
 SUP  INT  MAY'AÎNES

**Situation familiale :**  Marié  PACS  Concubinage  Divorcé  Séparé  Célibataire  Veuf

**Situation professionnelle :**

Demandeur :  Actif  Actif avec incapacité de travail de .....%  Retraité  Autre : .....  
Conjoint :  Actif  Actif avec incapacité de travail de .....%  Retraité  Autre : .....

**Caisse de retraite** (si retraité) :  CARSAT  CNRACL  IRCANTEC  MSA  MINES  
demandeur et conjoint  PRO BTP  EDF  SNCF  ARRCO  Autre : .....

**Avez-vous un dossier de surendettement :**  OUI  NON N° Sécurité Sociale (pour les retraités) :  
.....  
.....

**Caisse d'allocation :**  CAF  MSA

### PROFIL DU LOGEMENT A RENOVER

maison individuelle  appartement Avez-vous un plan de l'habitation :  OUI  NON  
Surface : ..... m<sup>2</sup> Année de construction : ..... Date d'achat : .....  
Adresse (si différente de celle précédemment mentionnée) : .....  
.....  
Code postal : ..... Commune : .....

## TRAVAUX "ENERGIE" ENVISAGES

Isolation :  plafond  murs  sol ou sous-sol  
 Aménagement de combles : .....  
 Menuiseries : .....  
 Chauffage : .....  
 Eau chaude sanitaire : .....  
 VMC : .....

Précisez :

## TRAVAUX "ACCESSIBILITE - AUTONOMIE" ENVISAGES

Salle de bain  WC  Monte-escalier/Ascenseur  
 Aménagements extérieurs  Autres : .....

Précisez :

Problème de santé justifiant de l'adaptation demandée :

## ETAT DE VOTRE LOGEMENT

PARTIE A COMPLETER DANS LA MESURE DU POSSIBLE

### Niveau d'isolation - Avant travaux

Isolation du plancher :  OUI  NON  Partielle (préciser) : .....% - Epaisseur isolant : .....  
Isolation des murs :  OUI  NON  Partielle (préciser) : .....% - Epaisseur isolant : .....  
Isolation toiture :  OUI  NON  Partielle (préciser) : .....% - Epaisseur isolant : .....  
Menuiserie : double vitrage :  OUI  NON  Partielle (préciser) : .....%

### Système de chauffage

chauffage central  
Energie : .....  
 chaudière  pompe à chaleur  
Année d'installation : .....

chauffage d'appoint (préciser) : .....  
Energie : .....  
Année d'installation : .....  
Autre installation : .....

### Eau chaude sanitaire

ballon électrique  
 horizontal  vertical  
Age du ballon : .....

sur chaudière (préciser énergie) : .....  
 instantanée  à accumulation  
Année d'installation : .....  
Autre système : .....

### Ventilation

non  autoréglable  hygroréglable  double flux Age du système : .....

### Autres

Combles aménagés :  OUI  NON Maison sur sous-sol :  OUI  NON

Remarques complémentaires :



**Il est expressément rappelé que les travaux ne peuvent commencer qu'APRES autorisation écrite de chacun des organismes financeurs (ANAH et autres)**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans une base de données SOLIHA 53. Ces données sont exclusivement utilisées pour l'analyse, le montage et le suivi des dossiers de demande de subvention dont SOLIHA 53 à la charge. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez vous adresser directement à l'accueil de notre structure par téléphone (02.43.91.19.91) ou par mail (contact.mayenne@solih.fr). Pour plus d'informations sur vos droits, vous pouvez consulter le site [cnil.fr](http://cnil.fr)