



HABITATIONS SUD LUXEMBOURG S.C.

Siège administratif :

Avenue Patton 261

6700 ARLON

☎ 063/24.23.23 ☒ 063/22.45.74

Siège social :

Rue des Métallurgistes 18

6791 ATHUS

☎ 063/38.78.31 ☒ 063/38.78.86

Compte IBAN : BE06 0010 0179 8822 – BIC : GEBABEBB

email : contact@habitsudlux.be

www.habitsudlux.be

SCRL agréée par
la Société Wallonne du
Logement
sous le n° 8010
Société civile à forme
commerciale
N.E. 0473.205.095
RPM Arlon

DEMANDE DE LOCATION

La location des logements gérés par notre Société est régie par l'AGW du 06.09.2007, modifié par l'AGW du 17.07.2008, 19.12.2008, 29.01.2010, 19.07.2012 et du 04.10.2012 en considérant :

- le prix de revient actualisé du logement
- les revenus des occupants du logement
- les abattements éventuels pour enfants à charge ou handicap

La garantie locative sera versée pour moitié avant la remise des clés et pour le solde, en douze mensualités.

La candidature doit être renouvelée chaque année entre le 1^{er} et le 15 février de chaque année. A défaut d'avoir été confirmée dans le délai prescrit, la candidature est radiée.

La constitution de la "Demande de location" exige :

- A - La présente signée pour accord.
- B - La demande de location à compléter et à signer.
- C - Un extrait du registre de population reprenant la composition de ménage (à retirer au service "Population" de votre commune).
- D - **Votre dernier avertissement extrait de rôle** ou **une attestation** de votre ou vos employeurs et ou - caisses de pensions - caisse de chômage - caisse de maladie – mutuelle ou et éventuellement les revenus de votre épouse ou compagne, des ascendants cohabitant ainsi que ceux de vos enfants de plus de 18 ans, **déterminant vos revenus annuels ET vos revenus actuels des 3 derniers mois.**
- E - Le document dûment complété par votre Caisse d'Allocations familiales.
- F - La déclaration sur l'honneur ci-jointe à compléter et à **signer** (case 1 et case 2) attestant que vous n'êtes pas propriétaire.

⇒ Votre candidature ne pourra être **valablement enregistrée** lorsque **tous** ces documents, **sans exception**, seront en notre possession

ADRESSE DU DEMANDEUR

M Rue n°

à Code Postal

Je déclare avoir pris connaissance de la présente :

Fait à , le

Annexe 4 – Formulaire unique de candidature

N° d'inscription :

FORMULAIRE UNIQUE DE CANDIDATURE A INSERER DANS LE REGISTRE DES CANDIDATURES

VOLET A (A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR)

A.1. COORDONNEES ET COMPOSITION DU MENAGE	
CANDIDAT	CONJOINT OU COHABITANT
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin - <input type="checkbox"/> féminin	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin - <input type="checkbox"/> féminin
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Etat civil (1) :	Etat civil (1) :
Nationalité (2) :	Nationalité (2) :
Registre national : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Registre national : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Profession (3) :	Profession (3) :
Handicapé : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	Handicapé : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
Téléphone :	Téléphone :
E-mail :	E-mail :
Adresse : Rue N°	Adresse : Rue N°
Code : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Localité : Pays :	Code : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Localité : Pays :
Date de domiciliation :	Date de domiciliation :

MEMBRES FAISANT PARTIE DU MENAGE (ne plus reprendre le candidat et le conjoint/ou le cohabitant)							
1	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° national	Commune du domicile	Handicapé
	Profession (3)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Enfant à charge <input type="checkbox"/> Enfant en hébergement <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Autre	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de domiciliation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

2	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° national	Commune du domicile	Handicapé
	Profession (3)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Enfant à charge	<input type="text"/>	Date de domiciliation	<input type="checkbox"/> oui
			<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Enfant en hébergement <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> non
3	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° national	Commune du domicile	Handicapé
	Profession (3)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Enfant à charge	<input type="text"/>	Date de domiciliation	<input type="checkbox"/> oui
			<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Enfant en hébergement <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> non
4	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° national	Commune du domicile	Handicapé
	Profession (3)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Enfant à charge	<input type="text"/>	Date de domiciliation	<input type="checkbox"/> oui
			<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Enfant en hébergement <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> non
5	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° national	Commune du domicile	Handicapé
	Profession (3)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Enfant à charge	<input type="text"/>	Date de domiciliation	<input type="checkbox"/> oui
			<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Enfant en hébergement <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> non

6	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	N° national	Commune du domicile	Handicapé
	Profession (3)	□□/□□/□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Enfant à charge <input type="checkbox"/> Enfant en hébergement <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Autre	□□□□□□ □□□ □□	Date de domiciliation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pour les femmes enceintes :				Date prévue pour l'accouchement (mois/année) /			

A.2.. COMMUNES, SECTIONS DE COMMUNES AUPRES DESQUELLES LE MENAGE DESIRE ETRE CANDIDAT A L'ATTRIBUTUION D'UN LOGEMENT (LE PRESENT FORMULAIRE SERA EGALEMENT TRANSMIS AUX AUTRES SOCIETES CONCERNEES PAR LA DEMANDE).

- **Soit choix général**
Cinq communes au maximum à classer par ordre de préférence
 Communes gérées par notre société (ARLON, AUBANGE, MESSANCY , ATTERT)
 Ou communes gérées par d'autres sociétés
- **Soit choix plus ciblé**
 Cinq sections de communes (anciennes communes) au maximum à classer par ordre de référence (pour notre société : ARLON, STERPENICH, AUBANGE, ATHUS, HALANZY, MESSANCY, ATTERT , NOTHOMB) :

1..... 4

2..... 5

3

A.3.. SOUHAIT CONCERNANT LE LOGEMENT			
Maison ou appartement	<input type="checkbox"/>		
Maison uniquement	<input type="checkbox"/>	De préférence avec jardin	<input type="checkbox"/>
Appartement uniquement	<input type="checkbox"/>	De préférence avec garage	<input type="checkbox"/>

VOLET B (A REMPLIR PAR LA SOCIETE QUI REÇOIT LA CANDIDATURE)

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

B.2. PRIORITES (5)	
Tableau général des priorités régionales	Points
Situations vécues par le ménage en termes de logement	
Le ménage locataire ou occupant un logement d'insertion ou de transit dans les six derniers mois de sa location ou de son occupation	5
Le ménage occupant d'une caravane, d'un chalet ou d'un abri précaire, qu'il occupe à titre de résidence principale dans une zone définie par le plan "Habitat permanent", s'il est visé par la phase 1 de ce plan.	5
Le ménage qui est reconnu par le CPAS comme : - victime d'un événement calamiteux; - sans-abri.	5
Le ménage locataire qui doit quitter un logement reconnu inhabitable ou surpeuplé, ou ayant fait l'objet d'un arrêté d'inhabitabilité, de surpeuplement ou d'expropriation.	4
Le ménage locataire dont le bail est résilié par le bailleur en application de l'article 3, §§ 2 et 3, de la loi du 21 février 1991 modifiant et complétant les dispositions du Code civil relatives aux baux à loyer, modifiée par la loi du 1 ^{er} mars 1991.	4
Le ménage locataire qui doit quitter un logement situé dans un périmètre de rénovation urbaine communale déterminé réglementairement, pour lequel un compromis de vente a été signé au profit d'une personne morale de droit public.	4
Le ménage occupant d'une caravane, d'un chalet ou d'un abri précaire, qu'il occupe à titre de résidence principale dans une zone non définie par le plan "Habitat permanent" ou dans une zone définie par le plan "Habitat permanent", s'il est visé par la phase 2 de ce plan.	3
Situations personnelles du ménage	
La personne qui a quitté un logement, dans les trois mois qui précèdent l'introduction de sa candidature, suite à des violences intrafamiliales attestées dans des documents probants (procès-verbal, attestation de foyer ou attestation du CPAS).	5
Ménage dont les revenus imposables globalement n'excèdent pas les revenus modestes et sont issus au moins en partie d'un travail.	4
Le mineur mis en autonomie et encadré par un service d'aide à la jeunesse agréé par la Communauté française ou la Communauté germanophone en application de la réglementation en la matière.	3
Le ménage dont un membre est reconnu handicapé.	3
Le ménage dont un membre ne peut plus exercer d'activité professionnelle à la suite d'une maladie professionnelle reconnue ou d'un accident de travail.	3
Le ménage dont le seul membre au travail a perdu son emploi dans les douze derniers mois.	3
Le ménage en état de précarité bénéficiant d'une pension légale en application de la réglementation en la matière.	3
Le bénéficiaire d'une pension de prisonnier de guerre et l'invalidé de guerre.	2
L'ancien prisonnier politique et ses ayants droit.	2
L'ancien ouvrier mineur.	2

B.3. LE LOGEMENT REGLEMENTAIREMENT PROPORTIONNE A LA COMPOSITION FAMILIALE COMPORTE (6)				
<input type="checkbox"/> 1 chambre	<input type="checkbox"/> 2 chambres	<input type="checkbox"/> 3 chambres	<input type="checkbox"/> 4 chambres	<input type="checkbox"/> 5 chambres
Dérogation :	Dérogation :	Dérogation :	Dérogation :	Dérogation :

B.4. LOGEMENT ADAPTE (7)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
---------------------------------	------------------------------	------------------------------

B.5. DEROGATION AUX REGLES DE PROPORTIONNALITE (8)**B.6. REVENU D'ADMISSION (9)**

Revenus :			
Ménage	<input type="checkbox"/> à revenus modestes	<input type="checkbox"/> en état de précarité	<input type="checkbox"/> à revenus moyens

B.6. VOIES DE RECOURS (10)

Le candidat locataire qui s'estime 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'Ecluse, 21, à 6000 Charleroi.
Il est également possible, pour le candidat locataire, d'adresser une réclamation individuelle auprès du Médiateur de la Région wallonne à l'adresse suivante : rue Lucien Namèche, 54, à 5000 Namur.

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 scl. HABITATIONS SUD LUXEMBOURG, dont le siège social se situe à 6791 AHTUS-Rue des Métallurgistes 18 et le siège administratif se situe à 6700 ARLON-Avenue Patton 261.

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 candidature sous peine d'être radié si les informations en notre possession s'avèrent incorrectes ou incomplètes.

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**..... s'il s'agit d'un salarié;
 - I**..... s'il s'agit d'un indépendant;
 - C** s'il s'agit d'une personne percevant des allocations de chômage;
 - P** s'il s'agit d'une personne pensionnée;
 - MU**... s'il s'agit d'une personne percevant des revenus de sa mutuelle ou assimilés;
 - MI** ... s'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 12 à 16.

- (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 17.

- (6) 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 1er, 15°.

- (7) Code Wallon du Logement, article 1^{er}, 16° : logement dont la configuration permet une occupation adéquate par un ménage en raison du handicap d'un de ses membres, conformément aux critères fixés par le Gouvernement.

- (8) 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 1er, 15°, alinéa 3.

- (9) Indiquer le revenu (cf. article 1^{er}, 8, de l'arrêté) et le type de ménage (Code wallon du Logement, article 1^{er}, 9°, 29°, 30°, 31°).

- (10) 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 7 à 11.

Nom et adresse de l'expéditeur (administration du logement, organisation sociale du logement) :
HABITATIONS SUD LUXEMBOURG SCR
Avenue Patton 261 – Rue des Métallurgistes 18
6700 ARLON - 6791 ATHUS
Tél. : 063/24.23.23 – 063/38.78.31
Fax. : 063/22.45.74 – 063/38.78.86
 Correspondant : André PIRE, Directeur-Gérant
 Dossier : /

CONTROLE DES CONDITIONS DE
 PROPRIETE

DECLARATION SUR L'HONNEUR

En vue de l'obtention d'avantages dans le domaine
 du logement social



Remarque importante pour l'organisme qui délivre ce formulaire !

Ce formulaire (et la méthode de travail associée) ne peut être utilisé que par le secteur du logement social et à condition que l'avantage dont l'application est demandée *soit dépendant des revenus du demandeur, de son partenaire ou des membres de son ménage.*

Cette déclaration sur l'honneur sert à vérifier que les conditions de propriété imposées sont respectées. Le contenu de cette déclaration fera l'objet d'une vérification auprès du service public compétent.

Il est donc important que ce formulaire soit correctement complété. **N'oubliez pas de le signer.**

A compléter par l'organisme qui délivre ce formulaire :

- **Disposition légale ou réglementaire qui est à la base de cette demande :**

Demande faite dans le cadre d'un dossier de logement social et liée à une **condition de revenus** dans le chef du demandeur.

CASE 1 : Renseignements au sujet du demandeur et des autres personnes concernées par cette déclaration :

DEMANDEUR :(nom+prénom)

Né le : lieu de naissance :

N° national : □□□□□□ □□□ □□ (voir carte d'identité ou carte SIS)

CONJOINT ou COHABITANT (légal ou de fait) avec :

.....(nom+prénom)

Né le : lieu de naissance :

N° national : □□□□□□ □□□ □□ (voir carte d'identité ou carte SIS)

COMPOSITION DE MENAGE au moment de la signature de la déclaration :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° national
.....
.....
.....
.....

Domicile: (rue-n° - bte)
 (code postal)(commune)

Organisme :N° du dossier :
 Identité du demandeur :

CASE 2 :

DECLARATION PERSONNELLE SUR L'HONNEUR

Le demandeur et, le cas échéant, son conjoint ou la personne avec laquelle il cohabite de fait ou légalement (voir case 1) **déclare(nt) sur l'honneur** :

A. Qu'à la date de la signature de la présente déclaration, lui(elle) et les membres de son ménage tel que mentionné en case 1, ne possédaient pas, *pour la totalité*, d'autres droits réels immobiliers que ceux décrits ci-après : (1)

	BIEN 1	BIEN 2
Commune – pays :
Rue ou lieu dit :
Désignation cadastrale :
Nature du bien (2):
Nature du droit (3):

B. Que dans le courant des 2 (4) dernières années, lui(elle) et les membres de son ménage ont aliéné (vente, partage, donation, cession à titre gratuit) les biens et droits immobiliers suivants : (5)

Date de l'aliénation	situation et nature du bien	Prix obtenu ou valeur estimée
.....
.....

Signatures obligatoires

Date	Demandeur	Conjoint ou cohabitant
.....

(2) maison, appartement, immeuble, parcelle de terrain

(3) pleine propriété, usufruit, usage, habitation, emphytéose, superficie, nue-propriété

(4) L'organisme qui délivre ce formulaire doit ici compléter le nombre d'années qui doivent être prises en considération sur base de la réglementation en vigueur. Il mentionne « PAS D'APPLICATION »

si les aliénations passées ne jouent aucun rôle.

(5) Mentionner « NEANT » si aucun bien ou droit immobilier n'a été aliéné durant la période concernée.

☞ Le formulaire complété doit être envoyé à l'organisme qui l'a délivré (voir cadre supérieur gauche du recto de ce document).

HABITATIONS SUD LUXEMBOURG S.C.
8010.
Avenue Patton N° 261
6700 ARLON

SCRL agréée par la Société Wallonne du Logement sous le n°
Société civile à forme commerciale N.E 0473.205.095
RPM ARLON

**ATTESTATION A FAIRE COMPLETER PAR L'ORGANISME PAYEUR D'ALLOCATIONS
FAMILIALES EN VUE D'OBTENIR UNE REDUCTION DE LOYER**

CADRE 1 : IDENTITE DU LOCATAIRE

Nom et prénom :

N° locataire :

Adresse :

N° dossier allocations familiales :

CADRE 2 : A COMPLETER PAR L'ORGANISME PAYEUR D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Je soussigné (Nom et grade) :

Certifie que des allocations familiales sont actuellement attribuées en faveur des bénéficiaires désignés ci-dessous.

NOM, PRENOM ET DATE DE NAISSANCE

1.....5.....

2.....6.....

3.....7.....

4.....8.....

Les Bénéficiaires mentionnés ci-après ont bénéficié durant la même période, du supplément pour enfants handicapés ou d'allocations majorées d'orphelins.

1.....5.....

2.....6.....

3.....7.....

4.....8.....

Sceau de l'organisme
d'allocations familiales

A....., le.....
Signature,



Le locataire est prié d'envoyer ce document dans les plus brefs délais à l'organisme d'allocations familiales compétent qui le renverra, dûment complété, à la Société susmentionnée.