

Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées  
**Prévention des expulsions**

<input type="checkbox"/> Diagnostic social et financier (Art. 114 cc)	<input type="checkbox"/> Réactualisation	<input type="checkbox"/> Saisine CCAPEX
<input type="checkbox"/> Diagnostic réquisition de la Force Publique	<input type="checkbox"/> Signalement "urgence"	

Coordonnées du référent social :	Nom et qualité de la personne qui saisit la CCAPEX :
Nom – Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nom – Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Tél. : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Tél. : <input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Etat (préciser le service : DDCS, S/Préf.) : <input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Département <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Bailleur <input type="checkbox"/> Locataire
	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input style="width: 90%;" type="text"/>

Locataire concerné :	Propriétaire concerné :
Nom - Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nom - Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Adresse : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Adresse : <input style="width: 90%;" type="text"/>
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Téléphone : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Téléphone : <input style="width: 90%;" type="text"/>
N° CAF : <input style="width: 90%;" type="text"/>	

Date et signature du travailleur social	Date et signature du responsable de service
Date : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Date : <input style="width: 90%;" type="text"/>

<p><b>Attestation sur l'honneur :</b></p> <p>Je soussigné(e), <input style="width: 80%;" type="text"/>, atteste sur l'honneur de l'exactitude des informations que j'ai fournies.</p> <p><b>Informatique et libertés :</b> Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné au suivi des dossiers. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.</p> <p>Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : <b>Conseil départemental – Direction du développement social et de l'insertion – 390, Avenue des Lices – CS 41303 – 83076 TOULON cedex.</b></p>	<p>Date : <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;"><b>Signature du locataire :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Le locataire joint un courrier</p>
--	--

Saisine CCAPEX pour transmission*	Prévention des expulsions pour transmission*
<a href="mailto:ddcs-ccapex@var.gouv.fr">ddcs-ccapex@var.gouv.fr</a>	DDCS : <a href="mailto:ddcs-expulsions-locatives@var.gouv.fr">ddcs-expulsions-locatives@var.gouv.fr</a> Sous-Préfecture de Draguignan : <a href="mailto:sp-logement-draguignan@var.gouv.fr">sp-logement-draguignan@var.gouv.fr</a> Sous-Préfecture de Brignoles : <a href="mailto:sp-brignoles-expulsions-logement@var.gouv.fr">sp-brignoles-expulsions-logement@var.gouv.fr</a>

**Personne(s) vivant au foyer :**

	Nom et Prénom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté avec le demandeur	Situation (emploi ou autre, scolarité)
1	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
2	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
3	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
4	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
5	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
6	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
7	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
8	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

\*Dossier à renvoyer de manière dématérialisée aux adresses suivantes selon l'objet

**Situation au regard du logement :**

Locataire parc privé     Locataire parc public     Meublé     Autre : \_\_\_\_\_

T1     T2     T3     T4     Autre : \_\_\_\_\_

Superficie du logement : \_\_\_\_\_

État du logement :     Reconnaissance insalubrité     Reconnaissance indécence

Occupation du logement :     Sur occupé     Sous occupé     Inadapté : \_\_\_\_\_

Taux d'effort locatif : \_\_\_\_\_    Dette de loyer :     Non     Oui    Montant : \_\_\_\_\_

**Budget mensuel du foyer :**

RESSOURCES			
Type de ressources	Demandeur	Conjoint	Autres personnes vivant au foyer
Salaires			
Indemnités journalières liées à la santé			
Allocations chômage			
Revenu Solidarité Active			
Allocation Adulte Handicapé			
Retraite			
Pension alimentaire			
Allocations familiales			
Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé			
Prestation d'Accueil du Jeune Enfant			
Complément Libre Choix d'activité			
Allocation de Soutien Familial			
Complément familial			
Allocation Logement			
Autres : (préciser)			
<b>Total</b>			

CHARGES	
Nature des charges	Montant mensuel
Loyer nu	
Charges locatives	
Pension alimentaire	
Crédits	
Autres : (préciser)	
<b>Total</b>	

**Renseignements concernant l'impayé :**

Période de l'impayé : du \_\_\_\_\_ Montant mensuel du loyer \_\_\_\_\_  
 au \_\_\_\_\_ Montant mensuel des charges \_\_\_\_\_

Situation au regard du paiement du loyer :

Reprise :     OUI    Depuis le : \_\_\_\_\_    **Montant total de la dette** \_\_\_\_\_  
 NON

Rappel potentiel d'allocation logement : \_\_\_\_\_

**Actions contentieuses entreprises :**

Commandement de payer     Assignation - Date d'audience : \_\_\_\_\_

Résiliation du bail     Commandement de quitter les lieux

Réquisition de la force publique - Date : \_\_\_\_\_

**Prise en charge par l'État des indemnités d'occupation (suite au refus de la Force Publique) :**

Sollicitée     OUI     NON

**Éléments à l'origine du risque d'expulsion :**

Impayés de loyers :     Diminution des ressources     Difficultés de gestion     Modifications familiales

Reprise/vente du logement :    Date effective : \_\_\_\_\_

Conflit avec le propriétaire :    Nature : \_\_\_\_\_

Difficultés administratives     Santé

Autres :

**Action(s) engagée(s) ou en cours :**

<input type="checkbox"/> <b>Date de la dernière rencontre :</b> _____	Famille antérieurement connue : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Présentation au rendez-vous : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> <b>Demande de logement social :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    N° unique départemental : _____
<input type="checkbox"/> <b>Labellisation :</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Dette soldée :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement - Dette restante : _____
<input type="checkbox"/> <b>Reprise du paiement du loyer :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement - Montant : _____
<input type="checkbox"/> <b>Plan d'apurement :</b>	<input type="checkbox"/> Accepté par le bailleur <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Non proposé Modalités : _____
<input type="checkbox"/> <b>Saisine du FSL maintien :</b>	<input type="checkbox"/> Dépôt <input type="checkbox"/> Proposé : <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Accord - Montant : _____ Accompagnement Social Lié au Logement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> <b>Médiation bailleur/locataire :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Orientation ADIL : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> <b>Recherche : Hébergement Logement</b>	<input type="checkbox"/> Inscription SIAO <input type="checkbox"/> Logement <input type="checkbox"/> Parc privé <input type="checkbox"/> Parc public - N° unique : _____
<input type="checkbox"/> <b>Reconnaissance DALO :</b>	<input type="checkbox"/> Dépôt    Décision : <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Accord Motifs : _____
<input type="checkbox"/> <b>Saisine :</b>	<input type="checkbox"/> <b>BDF</b> <input type="checkbox"/> Recevabilité    Décision : _____ <input type="checkbox"/> <b>CCAPEX</b> Date : _____