

# ENQUETE 2024

## RESSOURCES ET SITUATION DES OCCUPANTS

**NIEVRE HABITAT**  
 1, rue Emile Zola  
 58020 NEVERS CEDEX

Référence Locataire :

*La communication des informations ci-dessous est **strictement obligatoire**. Sans réponse de votre part ou en cas de réponse partielle ou erronée dans le délais d'un mois ; **une pénalité réglementaire mensuelle non remboursable de 7.62 €** vous sera appliquée conformément à la loi.*

Situation de famille (\*): Célibataire  Marié  Union Libre  Veuf   
 Divorcé  PACS  Séparé (en instance de divorce)

LOCATAIRE	CONJOINT <input type="checkbox"/> - CONCUBIN <input type="checkbox"/> - COLOCATAIRE <input type="checkbox"/>
Date et lieu de naissance Date de Naissance : __/__/__ Pays : _____ Département : _____ Commune : _____  Situation salariale (*): Actif <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Nom Employeur ou Caisse : _____  Adresse : _____  Code Postal : _____ Ville : _____  Tél : Domicile : _____ Portable : _____  Mail : _____@_____  N° Fiscal : _____	Titre (*): M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____  Date et lieu de naissance Date de Naissance : __/__/__ Pays : _____ Département : _____ Commune : _____  Situation salariale (*): Actif <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Nom Employeur ou Caisse : _____  Adresse : _____  Code Postal : _____ Ville : _____  Tél : Domicile : _____ Portable : _____  Mail : _____@_____  N° Fiscal : _____

Nombre total de personnes vivant au foyer y compris vous : \_\_\_\_\_

(\*) Cocher la case correspondante

### ENFANT(S) MINEUR(S)

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	COMMUNE DE NAISSANCE	DEPAR- TEMENT DE NAISSANCE (ex : 58)	PAYS DE NAISSANCE	DROIT DE VISITE *	TITULAIRE CARTE INVALIDITE MOBILITE INCLUSION *
_____	_____	__/__/__	_____	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	__/__/__	_____	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	__/__/__	_____	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
_____	_____	__/__/__	_____	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

### ENFANT(S) MAJEUR(S) OU AUTRES OCCUPANT(S)

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	COMMUNE DE NAISSANCE	DEPAR- TEMENT DE NAISSANCE (ex : 58)	PAYS DE NAISSANCE	TITULAIRE CARTE INVALIDITE MOBILITE INCLUSION *	N° FISCAL SAUF POUR ENFANTS RATTACHES AUX PARENTS
_____	_____	__/__/__	_____	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	__/__/__	_____	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	__/__/__	_____	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____

(\*) Cocher la case correspondante



Les renseignements contenus dans le présent questionnaire faisant l'objet d'un traitement informatisé, vous disposez, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, d'un droit d'accès et de rectification que vous pourrez exercer à notre siège ou nos agences. Ces informations nominatives sont exclusivement réservées à l'usage de notre organisme et ne peuvent être communiquées à des tiers sauf à des organismes publics pour répondre à des obligations légales.

**Joindre impérativement à la présente déclaration :**

1. Photocopie **de toutes les pages de votre avis d'impôt sur le revenu 2023 (sur les revenus de l'année 2022)**.  
**Si votre revenu a baissé d'au moins 10% par rapport à l'année 2022, fournir également toutes pièces justificatives pour les 12 derniers mois, telles que bulletins de salaire, attestations ASSEDIC.**
2. Le cas échéant, les photocopies des avis d'impôt sur le revenu **2023 (sur les revenus de l'année 2022)** de toutes les personnes (ascendants, descendants, autres) occupant **le logement au 1<sup>er</sup> janvier 2023**, qui ne figurent pas sur votre avis.
3. Le cas échéant, la photocopie de la carte d'invalidité mobilité inclusion des personnes occupant le logement.
4. Le cas échéant, le justificatif du(des) droit(s) de visite pour le(s) enfant(s) occupant le logement.
5. En cas de changement de votre situation familiale par rapport à celle figurant sur l'avis d'imposition, joindre les photocopies des pièces justificatives.
6. En cas de changement de votre situation familiale entre la date de réception du questionnaire et le **1<sup>er</sup> janvier 2024**, contactez votre agence pour l'informer de cette modification.

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

**Date :**

**Signature :**