



FORMULAIRE POUR LA DEMANDE DE

MUTATION

VOLET A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

CANDIDAT	CONJOINT OU COHABITANT
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> Homme - <input type="checkbox"/> Femme	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme - <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance :	Date de naissance :
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Etat Civil : <input type="checkbox"/> Marié (e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé (e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	Etat Civil : <input type="checkbox"/> Marié (e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé (e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)
Date de Mariage	Date de Mariage
Nationalité :	Nationalité :
N° national :	N° national :
Profession : <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas <input type="checkbox"/> Ouvrier (e) <input type="checkbox"/> Chômeur (euse) <input type="checkbox"/> Employé (e) <input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Rev. Int. Sociale CPAS	Profession : <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas <input type="checkbox"/> Ouvrier (e) <input type="checkbox"/> Chômeur (euse) <input type="checkbox"/> Employé (e) <input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Rev. Int. Sociale CPAS
Handicapé(e) : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	Handicapé(e) : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
Gsm :	Gsm :
Téléphone :	Téléphone :
E-mail :	E-mail :
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Commune : Pays :	Commune : Pays :

MEMBRES FAISANT PARTIE DU MENAGE
(ne plus reprendre le candidat et le conjoint/ou le cohabitant)

1	Nom, prénom		Lien de parenté	Handicapé
	Sexe	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Enfant à charge <input type="checkbox"/> Enfant hébergé <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Date de Naissance			
	Numéro National			
	Commune du domicile			
2	Nom, prénom		Lien de parenté	Handicapé
	Sexe	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Enfant à charge <input type="checkbox"/> Enfant hébergé <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Date de Naissance			
	Numéro National			
	Commune du domicile			
3	Nom, prénom		Lien de parenté	Handicapé
	Sexe	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Enfant à charge <input type="checkbox"/> Enfant hébergé <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Date de Naissance			
	Numéro National			
	Commune du domicile			
4	Nom, prénom		Lien de parenté	Handicapé
	Sexe	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Enfant à charge <input type="checkbox"/> Enfant hébergé <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Date de Naissance			
	Numéro National			
	Commune du domicile			
5	Nom, prénom		Lien de parenté	Handicapé
	Sexe	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Enfant à charge <input type="checkbox"/> Enfant hébergé <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Date de Naissance			
	Numéro National			
	Commune du domicile			

Pour les femmes enceintes

Date prévue de l'accouchement (Mois / Année)

...../...../.....

MOTIFS

Raison pour laquelle vous désirez quitter votre logement actuel :

A.2. RAISONS DE LA DEMANDE :

1. mutation introduite car **le logement est sous-occupé** ;
2. mutation introduite en vue d'obtenir un logement proportionné, à l'exception des points 1, 3 et 5 ;
3. mutation introduite en vue de **quitter un logement non proportionné attribué sur la base d'une dérogation** au nombre de chambre accordée conformément à l'article 1^{er}, 15°, alinéa 3 a) et b).
4. mutation introduite pour **convenances personnelles** ou en raison des revenus du ménage et occupé depuis au moins trois ans.
5. mutation introduite afin d'obtenir un logement deux chambres en application de l'article 1^{er}, 15°, alinéa 1^{er}, c) . (Une chambre supplémentaire pour le couple marié ou composé de personnes qui vivent **maritalement dont l'un des membres a plus de 65 ans** ou pour la personne isolée de plus de 65 ans.)

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 demande et du bail sont traitées à des fins de maintenance des fichiers des candidats.

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.

Tél 056/48.12.60
Fax 056/55.78.10
info@lysco.be
www.lysco.be

SCRL LYSCO
Rue Beauchamp 2
7780 Comines

Ouverture

8h30 – 12h
13h – 16h30

Numérotez de 1 à 6 (le n°1 étant votre premier choix)

NB : Cochez les 6 communes si vous souhaitez éviter le surloyer

Comines	N°
Warneton	N°
Bas-Warneton	N°
Houthem	N°
Le Bizet	N°
Ploegsteert	N°

A.3. PREFERENCES CONCERNANT LE LOGEMENT

Maison ou appartement	<input type="checkbox"/>	
Maison uniquement	<input type="checkbox"/>	
Appartement uniquement	<input type="checkbox"/>	

UNIQUEMENT POUR LES PERSONNES DE + 65 ANS

Je souhaite être inscrit pour un logement avec 1 et 2 chambres	<input type="checkbox"/>
Je souhaite être inscrit pour un Logement avec 2 chambres uniquement	<input type="checkbox"/>

Signature(s) du (des) candidat(s)

Fait à

DATE :/...../..... SIGNATURE(S) :