

Fiche contact

Date

Mode de contact

Téléphone

Connaissance SOLIHA

Bouche à oreille

Num CLICMAP

➤ Le(s) demandeur (s) :

Demandeur 1

Demandeur 2

Noms : _____

Prénoms : _____

Date naissance : ____/____/____

____/____/____

Téléphones : _____

Mail : _____

Nombre de personnes au foyer

Adultes : ____

Enfants à charge : ____

Date de naissance des enfants : ____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____

Adresse du bien concerné par la demande :

Adresse de contact (si différente)

Code postal : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☐ Propriétaire

☐ Locataire

☐ En cours d'acquisition

➤ Le bien :

☐ Maison

☐ Appartement

Date de construction (si connue) : _____

Sinon : ☐ + 15ans

☐ Ne sait pas

☐

Usage du logement (à la fin des travaux) :

☐ Résidence principale

☐ Résidence locative à l'année

☐ Résidence secondaire

Connaissez-vous l'étiquette énergétique de votre bien ?

☐ A

☐ D

☐ G

☐ B

☐ E

☐ Non connue

☐ C

☐ F

Disposez-vous d'un audit énergétique (ou DPE) récent ?

☐ Oui

☐ Non

Le logement est-il habitable en l'état ?

☐ Oui

☐ Non

Quel est le chauffage principal ?

☐ Fioul

☐ Gaz

☐ Electricité

☐ Bois

Si l'un des occupants est à la retraite, quelle est la caisse majoritaire de chaque personne ?

➤ Si le projet concerne la rénovation énergétique de votre logement :

Quels sont les travaux envisagés (plusieurs choix possibles) :

- | | |
|---|---|
| ☐ Isolation toit (plafond) | ☐ Installation PAC air/eau |
| ☐ Isolation plancher bas (rez de chaussée) | ☐ Installation PAC air/air |
| ☐ Changement des menuiseries | ☐ Installation poêle à granulé ou bois |
| ☐ Isolation murs (extérieur/intérieur) | ☐ VMC |
| | ☐ Autres (à préciser) : _____ |

Le financement du reste à charge du projet se fait grâce à :

- | | |
|---|---|
| ☐ Apport personnel | ☐ Eco prêt (à taux 0%) |
| ☐ PTZ (prêt lors de l'acquisition) | ☐ Autres : _____ |

➤ Si le projet concerne l'adaptation de votre logement :

Les travaux envisagés sont (plusieurs choix possibles) :

- | | |
|---|---|
| ☐ Adaptation salle de bain | ☐ Revêtement antidérapant |
| ☐ Adaptation WC | ☐ Monte escalier |
| ☐ Motorisation des volets roulants | ☐ Création d'une pièce adaptée |
| ☐ Installation barre d'appui | ☐ Autres (à préciser) : _____ |

Etes-vous titulaire d'une prestation de handicap ?

- ☐ Oui ☐ Non

Une personne du foyer a-t-elle chuté dans les 6 dernier mois ?

- ☐ Oui, en date du __/__/__ ☐ Non

La chute a-t-elle entraîné une perte d'autonomie ?

- ☐ Oui ☐ Non

Faites-vous appel à une aide à domicile ?

- ☐ Oui ☐ Non

➤ Commentaires :
