

## Fiche d'examen par la CCAPEX

### Coordonnées de la personne qui saisit

Nom ou Organisme :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

### Motif de la saisine

- Impayés locatifs  
 Troubles du voisinage (à préciser)  
 Congé donné par le propriétaire (fin de bail)  
 Mise en jeu de la garantie du FSL

### Etape de la procédure

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Situation d'impayé sans engagement de procédure<br><input type="checkbox"/> Commandement de payer (CDP)<br><input type="checkbox"/> Commandement de quitter les lieux (CQL)<br><input type="checkbox"/> Réquisition Concours Force publique (CFP) | <input type="checkbox"/> Date de l'audience : .....<br><input type="checkbox"/> Assignation en résiliation de bail le : .....<br><input type="checkbox"/> Bail résilié le : ..... |
|--|---|

### Identité du ménage (identification du/des locataires)

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Melle Nom : ..... Nom de naissance : .....	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Melle Nom : ..... Nom de naissance : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : LL LL LL LL	Date de naissance : LL LL LL LL
Adresse : ..... .....	
Organismes payeurs :	
<input type="checkbox"/> CAF   N° allocataire : .....	
<input type="checkbox"/> MSA   N° assuré : .....	



<b>Situation budgétaire</b>
-----------------------------

**RESSOURCES**

Nature des ressources	Monsieur	Madame	Autres personnes
<b>Salaires</b>	.....€	.....€	.....€
<b>Indemnités Pôle emploi</b>	.....€	.....€	.....€
<b>MSA/CPAM/Autres caisses</b>			
- Indemnités journalières maladie/maternité/accident du travail	.....€	.....€	.....€
- Rente Accident Travail, Invalidité, etc...à préciser.....	.....€	.....€	.....€
.....			
<b>Retraites</b>			
- Principale	.....€	.....€	.....€
- Complémentaire(s)	.....€	.....€	.....€
- Prestations Sociales Vieillesse	.....€	.....€	.....€
<b>Prestations sociales et familiales</b>			
- Revenu de Solidarité Active	.....€	.....€	.....€
- Prime d'activité	.....€	.....€	.....€
- Allocation Adulte Handicapé	.....€	.....€	.....€
- Prestations familiales	.....€	.....€	.....€
- AL ou APL Tiers payant :	.....€	.....€	.....€
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....€	.....€	.....€
Autres : .....			
<b>Autres ressources</b>			
- Pensions alimentaires	.....€	.....€	.....€
- Autres	.....€	.....€	.....€
<b>Total des ressources</b>	.....€	.....€	.....€

**CHARGES**

Nature des charges	Monsieur	Madame	Autres personnes
<b>Pensions alimentaires versées</b>	.....€	.....€	.....€
<b>Autres : .....</b>	.....€	.....€	.....€
<b>Total des charges</b>	.....€	.....€	.....€

**Logement**

- Parc public
- Parc privé

**Adresse du logement :**

**Type de logement :**

**Montant du loyer mensuel :**

**Montant des charges mensuelles :**

**Montant de l'AL ou de l'APL :**

**Loyer Résiduel (LR) :**

**Le propriétaire perçoit-il directement l'APL/AL ?**  Oui  Non

L'AL/APL est-elle suspendue ?  Oui  Non

→ Si oui, pour quelle raison ? : .....

→ Depuis quelle date ? : .....

→ Si rappel d'APL/AL, quel montant ? : .....

**Existe – t-il une caution solidaire ?**  Oui  Non

**Existe – t-il une garantie (Fonds de Solidarité Logement, garantie des risques locatifs, garantie LOCA-PASS) ?**  Oui  Non

Si oui, laquelle : .....

**Informations relatives au bailleur :**

Bailleur : .....

Adresse: .....

.....

E-mail bailleur : .....

Tél : .....

**Impayé, le cas échéant [selon motif saisine]**

Date d'entrée dans les lieux :    L L   L L   L L L L

Montant de la dette (dont surloyer éventuel : Supplément de Loyer de Solidarité [SLS]) :

.....

Période de l'impayé : .....Nombre de Mois impayés : .....

**Motifs de l'impayé**

- Montant du loyer inadapté à la situation budgétaire
- Augmentation des charges locatives
- Litiges avec le propriétaire (état du logement...)
- Baisse des ressources

Motif : .....

Montant : .....Date : .....

- Difficulté de gestion  
 Modification de la situation familiale  
 Etat de santé  
 Autres : .....

### Démarches engagées

→ **Plan d'apurement** en cours avec le bailleur :  Oui  Non

Si oui, montant : ..... (.....€/ .....mois)

Date du plan d'apurement : .....

Respecté  partiellement respecté  non respecté

→ En cas de **garantie** ou de caution (FSL, Garantie de risques locatifs, LOCA-PASS...), a-t-elle été actionnée ?

Oui  Non

Si oui, montant versé : ..... à la date du : .....

→ Aides à l'**apurement de la dette** en cours ou sollicitées :  Oui  Non

Organismes (FSL, CCAS, Associations caritatives, ...à préciser) : .....

Montant de l'aide sollicitée : ..... à la date du : .....

Résultat : .....

#### → Surendettement

- Un dossier a-t-il été déposé à la Commission de surendettement ?  Oui  Non

Date : .....

Est-il recevable ?  Oui  Non

- « Gel de la dette »

Oui  Non durée : .....

- Montant de la dette incluse dans le dossier de surendettement : .....

Durée du plan : .....  Remboursement .....

Orientation Procédure de Rétablissement Personnel ?  Oui  Non

Date : .....

**Mesure d'accompagnement social et/ou budgétaire ou Protection juridique**

Cocher la(les) mesure(s) concernée(s)

Mesure d'accompagnement	Envisagée	Sollicitée	en cours	depuis le (date) :
<b>CESF</b> (Conseillère en Economie Sociale et Familiale)				
<b>Cession RSA</b>				
<b>ASLL</b> (Accompagnement Social Lié au Logement)				
<b>MASP</b> (Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé)				
<b>MAJ</b> (Mesure d'Accompagnement Judiciaire)				
<b>MJAGBF</b> (Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial)				
<b>Sauvegarde de justice</b>				
<b>Curatelle</b>				
<b>Tutelle</b>				
<b>Autres mesures :</b> .....				

**Relogement envisagé**

Une demande unique de logement social a-t-elle été déposée ?  Oui  Non  
 Si oui, numéro unique d'enregistrement de la demande :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- DALO\_DAHO** (Droit Au Logement Opposable\_Droit A l'Hébergement Opposable)
- DRE** (Droit Réserveation Etat)
- CUO** (Commission Unique d'Orientation)
- Autres**, à préciser : .....

**Observations éventuelles**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Les informations recueillies et traitées par la CCAPEX sont gérées au moyen d’une application informatique nationale dénommée « EXPLOC ». Les droits d’accès et de rectification prévus aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 s’exercent auprès du secrétariat de la CCAPEX. Le droit d’opposition prévu à l’article 38 de la loi du 6 janvier 1978 n’est pas applicable.

**Date :**

**Observations :** joindre toutes pièces utiles à l'examen du dossier

**Fiche d'examen à retourner par courrier à :**

Secrétariat de la CCAPEX DDCS  
Cité administrative du Cluzel  
61, avenue de Grammont – CS 92735  
37027 Tours Cedex 1

**ou par courriel à [DDCS-examen-ccapex@indre-et-loire.gouv.fr](mailto:DDCS-examen-ccapex@indre-et-loire.gouv.fr)**

Tél : 02 47 70 80 32 ou 02 47 70 80 33 ou 02 47 70 46 27