



ASSOCIATION POUR LE LOGEMENT DU PERSONNEL

DES ADMINISTRATIONS FINANCIÈRES

Association régie par la loi du 1er juillet 1901

8 avenue des Minimes – BP 161

94 304 VINCENNES Cedex

**PRÊT ADAPTATION DU LOGEMENT  
DES PERSONNES HANDICAPÉES**

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR		PARTIE RÉSERVÉE À L'ALPAF	
NOM :	Prénom :	DOSSIER N°	
N° client (le cas échéant)		Précédentes prestations obtenues	
<b>MONTANT DEMANDÉ</b>			
De 2 400 à 10 000 € (Par tranche de 100 €)			€
NATURE DES TRAVAUX D'ADAPTATION	COÛT		
	€		
	€		
	€		
	€		
	€		
	€		
	€		
	€		
<b>MONTANT TOTAL DE LA DÉPENSE</b>	€		
<b>MONTANT DES ÉVENTUELLES SUBVENTIONS</b>	€		
<b>MONTANT À FINANCER</b>	€		€
		<b>MONTANT ACCORDÉ</b>	

**ATTENTION : Un crédit doit être remboursé.  
Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager.**

# 1 - VOTRE SITUATION PERSONNELLE

## EMPRUNTEUR

M  Mme Nom d'usage (\*) \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Situation de famille :

Célibataire  Marié(e)  Pacsé  Vie maritale (\*\*)  
 Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)

Dates du mariage ou du PACS : \_\_\_\_\_ du divorce ou de la séparation : \_\_\_\_\_ du veuvage : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : .....

Mél : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## CO-EMPRUNTEUR

M  Mme Nom d'usage (\*) \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

## PERSONNE(S) HANDICAPÉE(S) À CHARGE

Lien de parenté

Conjoint  Pacs  Concubin (\*\*)  
 Enfant  Ascendant

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de la carte d'invalidité

# 2 - VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE

Actif  Retraité

Grade : \_\_\_\_\_

Direction : \_\_\_\_\_  
(Exemple : Adm. centrale, D.G.F.I.P., D.G.D.D.I., D.G.C.C.R.F., I.N.S.E.E. ...)

Service : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mél : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

# 3 - VOTRE LOGEMENT

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

À quel titre l'occupez-vous ?

Locataire  Propriétaire  Logement de fonction  Autre (à préciser)

(\*) Le nom d'usage est le nom porté actuellement, le nom de famille est le nom de naissance

(\*\*) Case à cocher en cas d'union libre, vie maritale ou concubinage

(\*) Le nom d'usage est le nom porté actuellement, le nom de famille est le nom de naissance

#### 4 – VOS RESSOURCES ANNUELLES IMPOSABLES ACTUELLES

	Salaires (y compris primes et indemnités)	Autres revenus ou charges (hors prestations familiales) (Indiquer : revenus fonciers, pension alimentaire, etc)		TOTAL
		A ajouter	A déduire	
<b>Demandeur</b>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Co-emprunteur</b>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>RESSOURCES ANNUELLES TOTALES (A)</b>				_____ €

#### 5 – VOS CHARGES MENSUELLES

NATURE (Indiquer <b>tous les prêts et crédits</b> en cours, y compris les crédits revolving et les prêts de l'ALPAF)	ORGANISME (à préciser)	MONTANT MENSUEL	DATE D'EXTINCTION (mois année)
Loyer (hors charges)		_____ €	
Prêt immobilier		_____ €	
Prêt immobilier		_____ €	
Prêt ALPAF en cours		_____ €	
Prêt à la consommation		_____ €	
Prêt à la consommation		_____ €	
<u>Autres dettes</u> (Arriérés de loyers, prêts personnels, etc)		_____ €	
<b>SOUS-TOTAL</b>		_____ €	
Prêt pour l'adaptation du logement demandé		_____ €	
<b>Total charges mensuelles</b>		_____ €	
À déduire : montant mensuel de l'APL ou de l'AL		_____ €	
<b>CHARGES MENSUELLES NETTES TOTALES (B)</b>		_____ €	
<b>Taux d'endettement</b> <sup>(*)</sup> (B)/(A/12) x 100		_____ %	

Il est rappelé que toute déclaration visant à minorer l'endettement met obstacle au bénéfice ultérieur de tout ou partie des dispositions prises en faveur des personnes surendettées.

**Le demandeur (et le co-emprunteur) atteste(nt) ne pas être en situation de surendettement et ne pas avoir saisi une commission départementale de surendettement.**

(\*) La charge maximale ne doit pas excéder 33,33 % des ressources imposables du foyer.

## 6 - DATE ET SIGNATURE

La présente demande vaut acceptation des dispositions applicables, et adhésion à l'ALPAF en cas d'octroi de la prestation.

Je soussigné (e) certifie sur l'honneur exacts et conformes les renseignements portés sur la présente demande et avoir signalé tout changement significatif dans ma situation familiale et professionnelle depuis mon dernier avis d'imposition

***Il est rappelé que les fraudes ou tentatives de fraudes sont passibles de sanctions pénales et seront signalées à l'autorité hiérarchique dont vous dépendez.  
Elles conduiront à la suspension de l'instruction et au retrait des droits aux prestations de l'ALPAF.***

Signature(s) du demandeur (et du co-emprunteur) précédée(s) de la mention manuscrite suivante :

**« Lu et approuvé, certifié sincère et véritable »**

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature du demandeur**

**Signature du co-emprunteur**

### PIÈCES À JOINDRE

Veillez vous reporter aux dispositions relatives à l'octroi de la prestation

### ENVOI DU DOSSIER

Votre dossier, dûment complété, est à envoyer à l'adresse suivante :

ALPAF - 8 avenue des Minimes – Secteur - TSA (***À préciser***) – 94 304 VINCENNES Cedex

*Afin de faciliter le traitement, merci de bien indiquer le secteur dont vous dépendez en fonction de votre département d'affectation (ou de résidence si vous êtes retraité) en vous référant au tableau ci-après :*

Secteur 1 – TSA 30514		Secteur 2 – TSA 40515		Secteur 3 – TSA 50516	
14 Calvados	49 Maine-et-Loire	02 Aisne	58 Nièvre	01 Ain	67 Bas-Rhin
16 Charente	50 Manche	03 Allier	59 Nord	04 Alpes-de-Hte-Provence	68 Haut-Rhin
17 Charente-Maritime	53 Mayenne	08 Ardennes	60 Oise	05 Hautes-Alpes	69 Rhône
18 Cher	56 Morbihan	09 Ariège	62 Pas-de-Calais	06 Alpes-Maritimes	70 Haute-Saône
22 Cote d'Armor	61 Orne	10 Aube	63 Puy-de-Dôme	07 Ardèche	73 Savoie
24 Dordogne	64 Pyrénées-Atlantiques	11 Aude	65 Hautes-Pyrénées	13 Bouches-du-Rhône	74 Haute-Savoie
27 Eure	72 Sarthe	12 Aveyron	66 Pyrénées-Orientales	2A Corse-du-Sud	75 Paris
28 Eure-et-Loir	76 Seine-Maritime	15 Cantal	71 Saône-et-Loire	2B Haute-Corse	83 Var
29 Finistère	79 Deux-Sèvres	19 Corrèze	77 Seine-et-Marne	25 Doubs	84 Vaucluse
33 Gironde	85 Vendée	21 Côte d'Or	78 Yvelines	26 Drôme	88 Vosges
35 Ille-et-Vilaine	86 Vienne	23 Creuse	80 Somme	38 Isère	90 Territoire de Belfort
36 Indre	87 Haute-Vienne	30 Gard	81 Tarn	39 Jura	972 Martinique
37 Indre-et-Loire	93 Seine-St-Denis	31 Haute-Garonne	82 Tarn-et-Garonne	42 Loire	975 St-Pierre & Miquelon
40 Landes	95 Val d'Oise	32 Gers	89 Yonne	52 Haute-Marne	986 Wallis & Futuna
41 Loir-et-Cher	973 Guyane	34 Hérault	91 Essonne	54 Meurthe-et-Moselle	987 Polynésie française
44 Loire-Atlantique	974 La Réunion	43 Haute-Loire	92 Hauts-de-Seine	55 Meuse	988 Nouvelle-Calédonie
45 Loiret	976 Mayotte	46 Lot	94 Val-de-Marne	57 Moselle	
47 Lot-et-Garonne		48 Lozère	971 Guadeloupe		
		51 Marne			

Les informations fournies donnent lieu à un traitement informatique. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant. Ce droit d'accès peut être exercé auprès de l'ALPAF, 8 avenue des Minimes – BP 161 – 94304 VINCENNES Cedex