

## QUESTIONNAIRE A RETOURNER A L' AISL

NOM - PRENOM :

N° TELEPHONE :

ADRESSE :

N° CAF :

### SITUATION DES PERSONNES VIVANT DANS LE LOGEMENT

NOM -PRENOM	LIEN DE PARENTE	DATE DE NAISSANCE	NATIONALITE	DROIT DE VISITE

NAISSANCE ATTENDUE :  
(rayer la mention inutile)

OUI / NON

NAISSANCE PREVUE LE : / /20

### RESSOURCES MENSUELLES

	LOCATAIRE	CONJOINT	ENFANT	ENFANT	AUTRE MEMBRE
SALAIRE	€	€	€	€	€
INDEMNITES JOURNALIERES	€	€	€	€	€
POLE EMPLOI	€	€	€	€	€
STAGES	€	€	€	€	€
RETRAITE	€	€	€	€	€
PENSION INVALIDITE	€	€	€	€	€
PENSION ALIMENTAIRE	€	€	€	€	€
A A H	€	€	€	€	€
R S A	€	€	€	€	€
PRESTATIONS FAMILIALES *	€	€	€	€	€
AUTRES	€	€	€	€	€
<b>TOTAL</b>	€	€	€	€	€

\* Prestations familiales (AJE, ASF, COMPLEMENT FAMILIAL, AUTRES)

Indiquer le montant en Euros dans les cases correspondantes

**N' OUBLIEZ PAS DE JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DE VOTRE AVIS D'IMPOSITION SUR LES REVENUS 2018  
ET UNE COPIE DU LIVRET DE FAMILLE EN CAS DE MODIFICATION FAMILIALE**

Je soussigné, certifie que les renseignements donnés sont exactes.

DATE : / /20

SIGNATURE :