

Agen, le 23 octobre 2025

Service Gestion Locative

Nos réf : JB/VB/ST

Objet : Enquête OPS/SLS au 1^{er} janvier 2026

Madame, Monsieur,

La loi impose à tous les organismes d'habitat social de réaliser auprès de leurs locataires une enquête d'occupation de leur patrimoine et de supplément de loyer solidarité (loi du 4 Mars 1996). Les renseignements recueillis ont pour vocation d'alimenter les statistiques d'occupation du parc social. Ainsi ces chiffres permettent à l'Etat de définir les besoins en logements sociaux. L'enquête vise également à connaître les ressources des locataires et à déterminer ceux qui seront assujettis au supplément de loyer solidarité au 1^{er} Janvier 2026.

**Vous devez obligatoirement nous retourner ce questionnaire dûment complété
avant le 01 Décembre 2025**

et y joindre :

1- **Photocopie recto verso de votre avis d'imposition ou de non-imposition 2025 sur les revenus 2024** de toutes les personnes vivant au foyer à l'adresse indiquée ci-dessus.

(N.B. : si votre revenu a baissé de plus de 10 % par rapport à l'année 2024, fournir toutes les pièces justificatives pour les 12 derniers mois, telles que bulletins de salaire, attestation d'ASSEDIC, attestation des caisses de retraites).

2- En cas de changement de votre situation familiale par rapport à celle figurant sur l'avis d'imposition, fournir les photocopies des pièces justificatives (livret de famille, justificatif de séparation ou de divorce, etc.)

S'agissant d'une enquête obligatoire, l'article L 441.9 du Code de la Construction et de l'Habitation prévoit l'application des pénalités suivantes, en cas de non-réponse :

1- Pour tous les locataires :

- Pénalité de **7,62 €** par mois de retard (non remboursable)

2- Pour les locataires non bénéficiaires de l'APL ou habitant en dehors des quartiers prioritaires :

- Pénalité de frais de dossiers de **25 €** (non remboursable)
- Pénalité de **7,62 €** par mois de retard (non remboursable)
- Application d'un supplément de loyer maximum qui ne pourra être annulé qu'au retour de l'enquête.

Vous souhaitant bonne réception de la présente et vous remerciant de votre collaboration,

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Général



Jean BIZET



Enquête OPS/SLS 2026

Occupation du parc social/Supplément de loyer de solidarité au 1^{er} janvier 2026

Ce document est à retourner au siège d'AGEN-HABITAT

Ou par mail accueil@agenhabitat.fr

Avec l'Avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024

de toutes les personnes vivant au foyer

VOS COORDONNEES

LOCATAIRE	CONJOINT – CONCUBIN - COLOCATAIRE
Titre : M. <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Né(e) le : Numéro d'immatriculation NIR (Sécu) :	Titre : M. <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Né(e) le : Numéro d'immatriculation NIR (Sécu) :
Adresse :	
Adresse mail :	
Tel domicile: Tel portable :	
Employeur	Employeur

VOTRE SITUATION de FAMILLE

Vous êtes : Mariés Union libre Titulaires d'un Pacs
 Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (Ve) Célibataire Colocataire

Nombre total de personnes vivant au foyer :

ENFANT(S) ET AUTRE(S) OCCUPANT(S) DU LOGEMENT

NOM	PRENOM	Date de naissance	Lien de parenté avec le locataire ou son conjoint

Une ou plusieurs de ces personnes sont-elles invalides ? oui non

Si oui, lesquelles ?

Les personnes à charge au sens fiscal sont celles qui figurent sur l'avis d'imposition et les enfants nés en 2025

VOTRE CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE :

Que vous soyez actif ou inactif veuillez indiquer la catégorie de votre profession :

- Agriculteur exploitant Artisan- Commerçant Chef d'entreprise Cadre supérieur
- Profession intermédiaire Employé Retraité Sans activité professionnelle

ACTIVITE ACTUELLE DES OCCUPANTS MAJEURS (18 ANS ET PLUS)

Cochez une case pour chaque personne	Vous exercez un emploi		Si OUI, précisez			Si NON, vous êtes :	
	OUI	NON	CDI	CDD	Travailleur indépendant	Demandeur d'emploi Inscrit à Pôle Emploi	Autres cas, précisez
Locataire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint-concubin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colocataire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres adultes vivant au foyer							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NATURE DES REVENUS

Cochez une case pour chaque personne	Revenus minimums		Autres cas		Percevez-vous l'APL ?	
	Revenu de Solidarité Active (RSA)	Allocation Solidarité Personnes Agées (ASPA)	Allocation Adulte Handicapé (AAH)	Aucun des revenus minimums mentionnés ci-contre	OUI	NON
Locataire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint Concubin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colocataire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres personnes vivant au foyer						
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les renseignements contenus dans le présent questionnaire faisant l'objet d'un traitement informatisé, vous disposez, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, d'un droit d'accès et de rectification que vous pourrez exercer à notre siège (agence ou antenne). Ces informations nominatives sont exclusivement à l'usage de notre organisme et ne peuvent être communiquées à des tiers sauf à des organismes publics pour répondre à des obligations légales.

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date :

Signature :