

Agen, le 5 décembre 2023

Service Gestion Locative

Nos réf : JB/VB/ST

Objet : Enquête OPS/SLS au 1^{er} janvier 2024

Madame,

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 2024.

**Vous devez obligatoirement nous retourner ce questionnaire dûment complété
avant le 30 Décembre 2023**

et y joindre :

1- **Photocopie recto verso de votre avis d'imposition ou de non-imposition 2023 sur les revenus 2022** 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 2022, 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.

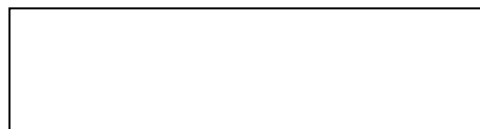
Vous souhaitant bonne réception de la présente et vous remerciant de votre collaboration,

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

Le Directeur Général



Jean BIZET



Enquête OPS/SLS 2024
Occupation du parc social et Supplément de loyer de solidarité
Au 1^{er} janvier 2024

Ce document est à retourner au siège d'AGEN-HABITAT, 3 Rue de Raymond
 BP 70277 - 47007 AGEN CEDEX

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 :	
Tel domicile : Tel portable :	
Employeur	Employeur

VOTRE SITUATION de FAMILLE			
Vous êtes : Mariés <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Titulaires d'un Pacs <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (Ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Colocataire <input type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Si oui, lesquelles ?.....			
Les personnes à charge au sens fiscal sont celles qui figurent sur l'avis d'imposition et les enfants nés en 2023			

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"/>

Les renseignements contenus dans le présent questionnaire faisant l'objet d'un traitement informatisé,

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"/>

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. 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 :