

Formulaire Signalétique RENLA

en vue de l'inscription à la liste d'attente nationale du Registre National des Logements Abordables (RENLA)

Demander A

Nom

Prénom

Numéro de matricule social

Etat civil

<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Adresse de résidence actuelle

Numéro, Rue

Code postal, Localité

Données de contact

N° de tél :

E-Mail :



Pièces à fournir:

- Copie de la pièce d'identité du demandeur A
- Copie de l'autorisation de séjour (pour les demandeurs étant ressortissants de pays tiers)

Demander B

Nom

Prénom

Numéro de matricule social

Etat civil

<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Lien de parenté avec le titulaire principal

Mari / Femme

Partenaire

Enfant

Autre membre de la famille

Autre

Adresse de résidence actuelle

Numéro, rue

Code Postal, Localité

Données de contact

N° de tél :

E-Mail :



Pièces à fournir le cas échéant :

- Copie de la pièce d'identité du demandeur B
- Copie de l'autorisation de séjour (pour les demandeurs étant ressortissants de pays tiers)

Composition de la communauté domestique (autres que les demandeurs A et B)

	Nom et prénom	Matricule social	Lien de parenté			Enfant à charge	Garde alternée		Revenu	
			Parent	Enfant	Autre		oui	non	oui	non
1			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non				
2			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non				
3			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non				
4			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non				
5			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non				
6			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non				

Si une demande de regroupement familial est en cours, veuillez cocher la case et fournir les pièces justificatives :

Si en instance de divorce ou de rupture de partenariat, veuillez cocher la case et fournir les pièces justificatives :



Pièces à fournir le cas échéant :

- Copie de la pièce d'identité des membres de la communauté domestique
- Copie de l'autorisation de séjour (pour les membres de la communauté domestique étant ressortissants de pays tiers)
- Un certificat de coassurance établi par l'organisme d'assurance-maladie attestant que les enfants sont co-assurés à l'assurance-maladie des demandeurs (*uniquement pour les enfants pour lesquels les demandeurs ne touchent plus les allocations familiales et qui ne sont pas encore entrés dans la vie professionnelle*)
- Certificat d'affiliation établi par le Centre commun de la sécurité sociale (*pour tous les membres de la communauté domestique avec un revenu*)
- Jugement de divorce ou déclaration officielle de la fin d'un partenariat

Est-ce qu'une personne à mobilité réduite (PMR) fait partie de votre communauté domestique?

OUI NON Si OUI, joindre un certificat médical du médecin spécialisé

Occupation (statut)

Nom et prénom (de tous les membres de la communauté domestique à l'exception des enfants à charge)

	<input type="checkbox"/> Salarié (e)	<input type="checkbox"/> Retraité(e)	<input type="checkbox"/> Indépendant(e)	<input type="checkbox"/> Sans emploi	<input type="checkbox"/> Sans revenu
	<input type="checkbox"/> Salarié (e)	<input type="checkbox"/> Retraité(e)	<input type="checkbox"/> Indépendant(e)	<input type="checkbox"/> Sans emploi	<input type="checkbox"/> Sans revenu
	<input type="checkbox"/> Salarié (e)	<input type="checkbox"/> Retraité(e)	<input type="checkbox"/> Indépendant(e)	<input type="checkbox"/> Sans emploi	<input type="checkbox"/> Sans revenu
	<input type="checkbox"/> Salarié (e)	<input type="checkbox"/> Retraité(e)	<input type="checkbox"/> Indépendant(e)	<input type="checkbox"/> Sans emploi	<input type="checkbox"/> Sans revenu
	<input type="checkbox"/> Salarié (e)	<input type="checkbox"/> Retraité(e)	<input type="checkbox"/> Indépendant(e)	<input type="checkbox"/> Sans emploi	<input type="checkbox"/> Sans revenu

Adresses du lieu de travail principal du/des demandeur(s)

Demandeur

A

B

Numéro, rue

Code Postal, Localité

Situation financière

Veillez renseigner pour chaque membre de la communauté domestique les types de revenu perçus l'année calendaire précédant le remplissage de ce formulaire. Dans le cas où votre situation financière a changé depuis le début de cette année, veuillez indiquer les types de revenu de cette année.

Type de revenu

Nom et prénom des membres de la communauté domestique *	Salaire	Allocations familiales	Prestations ADEM ou ONIS	Prestation FNS (Fonds National de Solidarité)	Prestation CNS (Caisse Nationale de Santé)	Une pension ou une rente	Rente alimentaire à titre personnel	Rente alimentaire pour enfant à charge	Autres revenus **
	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Uniquement pour les membres de la communauté avec un revenu

** Cocher cette case si vous disposez d'autres revenus que ceux listés ci-dessus

Type de dépense

Nom et prénom	Paiement d'une rente alimentaire à titre personnel	Paiement d'une rente alimentaire pour enfant(s) à charge
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Pièces à fournir le cas échéant :

- Certificat d'affiliation établi par le Centre commun de la sécurité sociale
- **Tous les certificats** des revenus de l'année N-1 applicables, respectivement **en cas de changement de situation les justificatifs** des revenus des **3 derniers mois** des personnes composant votre communauté domestique (p.ex. salaire, pension, chômage, REVIS, TUC, allocations familiales)
- Une copie des rentes alimentaires perçues
- Une copie des rentes alimentaires payées

Logement actuel

Est-ce que votre bail déterminé ou indéterminé (privé / abordable / sous-location / mise à dispo. gratuite / logement de fonction / co-location) a été résilié par le bailleur (résiliation avec préavis, déguerpissement, décision de l'hôte, . .) ?

ou

Oui

Non

Est-ce que vous avez résilié vous-même votre bail déterminé ou indéterminé ?

ou

Oui

Non

Est-ce que vous avez quitté volontairement votre logement à titre gratuit ?

Oui

Non

Montant mensuel de votre loyer actuel (sans les charges locatives) :



Autres pièces à fournir obligatoirement (en fonction des cases cochées ci-dessus):

- Copie du contrat de bail, daté et signé par toutes les parties (locataire(s) et bailleur)
- Preuves de paiement du loyer sans les charges des 3 derniers mois
- Lettre de résiliation (si résiliation)
- Certificat médical d'un médecin spécialisé (inadaptation du logement)
- Jugement de déguerpissement

Cas échéants :

Rajouter toutes les pièces justificatives de la perte de votre logement

Est-ce que vous êtes hébergé(e) dans un foyer ?

Oui

Non

Si hébergement dans un foyer :

Nom du foyer

Numéro, rue

Code Postal



Pièces à fournir obligatoirement :

- Contrat d'hébergement

Est-ce que vous êtes sans logement fixe ?

Oui

Non

Occupez-vous une chambre meublée?

Oui

Non

Si non, quel type de logement occupez-vous?

Maison

Appartement

Combien de chambres à coucher y-a-t-il dans votre logement?

Disposez-vous des pièces suivantes dans votre logement actuel?

				Usage réservé à la communauté domestique	Usage partagé
Salle de bains	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	si oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	si oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	si oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuisine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	si oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-ce que votre logement a un problème d'insalubrité?

Oui

Non

- Si OUI, joindre une [copie de l'avis du Ministère de la Santé ou de l'arrêté de fermeture du bourgmestre](#)

Logement abordable souhaité

Dans quel canton du pays cherchez-vous un Logement abordable ?

Cocher 3 cantons au maximum :



- CAPELLEN
- CLERVAUX
- DIEKIRCH
- ECHTERNACH
- ESCH-SUR-ALZETTE
- GREVENMACHER
- LUXEMBOURG
- MERSCH
- REDANGE
- REMICH
- VIANDEN
- WILTZ



Informations importantes

- Ne peuvent s'inscrire au Registre National des Logements Abordables que
 - o le demandeur-locataire qui est majeur au jour de l'introduction de sa demande
 - o le(s) demandeur(s) et les membres de la communauté domestique qui ne sont ni propriétaires, ni usufruitiers, ni emphytéotes d'un logement et qui ne jouissent d'aucun droit d'habitation, de plus d'un tiers indivis, d'un autre logement que ce soit sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg ou à l'étranger
 - o le(s) demandeur(s) et les membres de la communauté domestique dont le revenu mensuel est inférieur ou égal au plafond d'éligibilité fixé suivant la composition de la communauté domestique, conformément au tableau de l'annexe II de la loi modifiée du 7 août 2023 relative au logement abordable
 - o le(s) demandeur(s) et les membres de sa communauté domestique disposent d'un droit de séjour de plus de trois mois au moment de la demande conformément à la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration.
- Un formulaire d'inscription non complet ne sera pas pris en considération
- Tout changement de situation doit être signalé à votre gestionnaire de dossier (bailleur social agréé). En signant ce formulaire, vous atteste l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus et vous vous engagez à signaler tout changement de situation.

Déclarations

Par la/leur signature du présent formulaire, le(s) demandeur(s) déclare(nt) expressément :

- qu'aucun membre de leur communauté domestique n'est propriétaire, copropriétaire, usufruitier, emphytéote ou titulaire d'un droit de superficie d'un autre logement au Luxembourg ou à l'étranger
- donner au ministère du Logement et de l'Aménagement du territoire, au promoteur social et au bailleur social, responsables conjoints du traitement des données à caractère personnel dans le cadre du registre national des logements abordables, leur consentement au traitement des données personnelles réalisé en conformité avec les articles 74 à 77 de la loi modifiée du 7 août 2023 relative au logement abordable, nécessaire à l'instruction, la gestion ou le suivi administratif du dossier, et à la location d'un logement abordable si les conditions sont remplies en l'espèce;
- avoir connaissance que leurs données personnelles sont traitées conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données (ci-après le « RGPD ») ;
- avoir connaissance que, conformément au RGPD, ils bénéficient (i) d'un droit d'accès, (ii) d'un droit d'opposition sauf dans les cas où le traitement des données présente un caractère obligatoire, (iii) d'un droit de rectification, (iv) d'un droit à l'effacement de vos données, (v) d'un droit à la limitation du traitement.

Une plainte ou une demande relative à vos droits peuvent être adressées au délégué à la protection des données (DPO) soit par courrier électronique à l'adresse dpo@ml.etat.lu », soit par courrier postal à l'adresse suivante :

*Ministère du Logement et de l'Aménagement du territoire
a.m. du Délégué à la protection des données
L-2916 Luxembourg*

Une copie de votre pièce d'identité valide devra être annexée en cas d'une demande ou plainte.

La Commission nationale pour la protection des données (1, avenue du Rock' n'Roll, L-4361 Esch-sur-Alzette, www.cnpd.lu) peut, le cas échéant, être saisie d'une plainte ou demande relative aux droits des intéressés. Une réclamation peut également être directement adressée au Commissaire du Gouvernement à la protection des banques de données de l'Etat (43, bd. F.D. Roosevelt, L-2450 Luxembourg).

Date et lieu

Signature du/des demandeur(s)

Signature du demandeur A

Signature du demandeur B

Formulaire à renvoyer au Fonds du Logement

52, Boulevard Marcel Cahen
L-1311 Luxembourg