

Cadre réservé au service	Numéro de dossier :
---------------------------------	---------------------

Avez-vous déjà déposé une demande de logement social ? Oui Non Si oui, numéro d'enregistrement attribué :

Le demandeur	Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/>	Mademoiselle <input type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : Nationalité : Française Union européenne Hors Union européenne

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e) Concubin(e) Veuf(ve)

Tél. : Domicile Portable Travail

Mél.⁽¹⁾ : @

ADRESSE OÙ LE COURRIER DOIT VOUS ÊTRE ENVOYÉ

Bâtiment : Escalier : Étage : Appartement :

Numéro : Voie :

Code postal : Localité :

Si vous êtes hébergé(e),
 personne ou structure hébergeante :

ADRESSE DU LOGEMENT OU VOUS VIVEZ ACTUELLEMENT (SI ELLE EST DIFFÉRENTE)

Bâtiment : Escalier : Étage : Appartement :

Numéro : Voie :

Code postal : Localité :

Si vous êtes hébergé(e),
 personne ou structure hébergeante :

Votre conjoint ou le futur co-titulaire du bail	Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/>	Mademoiselle <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : Nationalité : Française Union européenne Hors Union européenne

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e) Concubin(e) Veuf(ve)

Tél. : Domicile Portable Travail

Lien avec le demandeur : Conjoint Pacsé(e) Concubin(e) Co-locataire

(s'il y a d'autres futurs co-titulaires du bail, donnez les informations sur une feuille complémentaire)

Personnes fiscalement à votre charge ou à la charge de votre conjoint ou du futur co-titulaire du bail qui vivront dans le logement

		Date de naissance	Sexe M/F	Lien de parenté parent enfant autre
1	Nom Prénom			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Nom Prénom			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Nom Prénom			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Nom Prénom			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(1) : facultatif

Date de naissance Sexe M/F Lien de parenté parent enfant autre

5 Nom
Prénom

6 Nom
Prénom

7 Nom
Prénom

8 Nom
Prénom

(s'il y a plus de 8 personnes à charge, donnez les informations sur une feuille complémentaire)

Si naissance attendue, nombre d'enfants à naître ? Date de naissance prévue :

Si vous avez des enfants en garde alternée ou en droit de visite :	Date de naissance	Sexe M/F	Garde alternée	Droit de visite	Date de naissance	Sexe M/F	Garde alternée	Droit de visite
1er enfant			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3ème enfant		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2ème enfant			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4ème enfant		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Situation professionnelle

LE DEMANDEUR

Profession :

CDI (ou fonctionnaire) CDD, stage, intérim Artisan, commerçant, profession libérale

Chômage Apprenti Étudiant Retraité Autre

Avez-vous plusieurs employeurs ? Oui Non

Nom de votre employeur (si vous en avez plusieurs, employeur principal)

Commune du lieu de travail :

Code postal :

Si votre employeur cotise à un (ou des) organisme(s) collecteur(s) du 1% logement (Action logement), indiquez son nom :

LE CONJOINT OU LE FUTUR CO-TITULAIRE DU BAIL

Profession :

CDI (ou fonctionnaire) CDD, stage, intérim Artisan, commerçant, profession libérale

Chômage Apprenti Étudiant Retraité Autre

A-t'il plusieurs employeurs ? Oui Non

Nom de l'employeur (s'il en a plusieurs, employeur principal)

Commune du lieu de travail :

Code postal :

Si l'employeur cotise à un (ou des) organisme(s) collecteur(s) du 1% logement (Action logement), indiquez son nom :

Revenu fiscal de référence

Avis d'imposition du demandeur

Autre avis d'imposition (concubin ou futur co-titulaire du bail)

Sur les revenus de l'année 20 (année en cours moins 2)	€	€
Sur les revenus de l'année 20 (année en cours moins 1) (si vous avez reçu l'avis d'imposition ou de non imposition N-1)	€	€

Ressources mensuelles du demandeur, du conjoint ou du futur co-titulaire du bail et des personnes fiscalement à charge qui vivent dans le logement

Montant net en euros par mois (sans les centimes)	Demandeur	Conjoint ou futur co-titulaire du bail	Total des personne(s) fiscalement à charge
Salaire ou revenu d'activité.....	€	€	€
Retraite.....	€	€	€
Allocation chômage / Indemnités.....	€	€	€
Pension alimentaire reçue.....	€	€	€
Pension d'invalidité.....	€	€	€
Allocations familiales.....	€	€	€
Allocation d'adulte handicapé (AAH).....	€	€	€
Allocation d'éducation d'enfant handicapé (AEEH).....	€	€	€
Allocation journalière de présence parentale (AJPP).....	€	€	€
Revenu de solidarité active (RSA).....	€	€	€
Allocation Jeune enfant (PAJE).....	€	€	€
Allocation de Minimum Vieillesse.....	€	€	€
Bourse étudiant.....	€	€	€
Autres (hors APL ou AL).....	€	€	€
Pension alimentaire versée.....	€	-	-

Logement actuel

Locataire HLM <input type="checkbox"/> Nom de l'organisme bailleur :	Sous-locataire ou hébergé dans un logement à titre temporaire <input type="checkbox"/> Depuis le (2)	Chez vos parents ou vos enfants <input type="checkbox"/> Chez un particulier <input type="checkbox"/>
Locataire parc privé <input type="checkbox"/> Résidence sociale ou foyer (FJT,FTM, FPA, FPH) ou pension de famille (maison relais, résidence d'accueil) <input type="checkbox"/> Depuis le (2)	Structure d'hébergement (CHRS, CIU, CADA, CPH, autres) <input type="checkbox"/> Depuis le (2) Nom de la structure :	Logé à titre gratuit <input type="checkbox"/> Logement de fonction <input type="checkbox"/> Propriétaire occupant <input type="checkbox"/>
Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS) <input type="checkbox"/> Depuis le (2)	Centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel <input type="checkbox"/> Depuis le (2) Nom du centre :	Camping, caravanning <input type="checkbox"/> Logé dans un hôtel <input type="checkbox"/>
Résidence étudiant <input type="checkbox"/>		Sans abri ou abri de fortune <input type="checkbox"/> Dans un squat <input type="checkbox"/>

Si vous payez un loyer ou une redevance, montant mensuel (avec charges) :

€

Si vous percevez l'AL ou l'APL, montant mensuel :

€

Combien de personnes habitent dans le logement actuel ?

Catégorie : Appartement Maison

Type de logement : Chambre T1 T2 T3 T4 T5 T6 et plus

Surface : m²

Êtes-vous (ou votre conjoint ou le futur co-titulaire du bail) propriétaire d'un logement autre que celui que vous habitez ? Oui Non

Si oui : Commune :

Code postal :

Type de logement : Chambre T1 T2 T3 T4 T5 T6 et plus

(2) : à renseigner si vous le savez

Complément à la demande de logement social

Logements adaptés au(x) handicap(s)



Un questionnaire doit être renseigné pour chacune des personnes (demandeur, conjoint ou co-titulaire du bail, personnes fiscalement à charge) dont le handicap nécessite un logement adapté à leur situation.

Le demandeur de logement social									
Nom :									
Prénom :									
Cadre réservé au service	Numéro de dossier :								
La personne handicapée									
Votre date de naissance :									
Votre handicap est-il reconnu par la Maison départementale des personnes handicapées ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>									
Si vous êtes en contact régulier avec un référent de la Maison départementale des personnes handicapées ou un travailleur social ou une association (d'aide aux personnes handicapées ou d'aide à domicile), merci d'indiquer son nom et ses coordonnées professionnelles :									
Nom :									
Adresse :									
Téléphone :									
Mail : @									
S'il s'agit d'un organisme, avez-vous élu domicile auprès de lui ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>									
Renseignements concernant votre handicap :									
Nature du handicap	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Moteur <input type="checkbox"/> Membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/> Membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Sensoriel <input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> Déficience visuelle <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Autre <input type="checkbox"/> Merci de préciser :</td> </tr> </table>	Moteur <input type="checkbox"/> Membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/> Membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/>	Sensoriel <input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> Déficience visuelle <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/> Merci de préciser :					
Moteur <input type="checkbox"/> Membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/> Membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/>	Sensoriel <input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> Déficience visuelle <input type="checkbox"/>								
Autre <input type="checkbox"/> Merci de préciser :									
Votre handicap est-il ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Stabilisé <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Evolutif <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Stabilisé <input type="checkbox"/>	Evolutif <input type="checkbox"/>						
Stabilisé <input type="checkbox"/>	Evolutif <input type="checkbox"/>								
Besoins en aides techniques	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Aucune <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Canne, Béquille <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Déambulateur <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">Autres aides techniques (merci de préciser) : <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">- Lève personne <input type="checkbox"/> - Lit médicalisé <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Aucune <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/>	Canne, Béquille <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/>	Déambulateur <input type="checkbox"/>	Autres aides techniques (merci de préciser) : <input type="checkbox"/>		- Lève personne <input type="checkbox"/> - Lit médicalisé <input type="checkbox"/>
Aucune <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/>								
Canne, Béquille <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/>								
Déambulateur <input type="checkbox"/>	Autres aides techniques (merci de préciser) : <input type="checkbox"/>								
	- Lève personne <input type="checkbox"/> - Lit médicalisé <input type="checkbox"/>								
Capacité à monter des marches	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Impossible <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1 étage <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 à 3 marches <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">Plus d'un étage <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Impossible <input type="checkbox"/>	1 étage <input type="checkbox"/>	1 à 3 marches <input type="checkbox"/>	Plus d'un étage <input type="checkbox"/>				
Impossible <input type="checkbox"/>	1 étage <input type="checkbox"/>								
1 à 3 marches <input type="checkbox"/>	Plus d'un étage <input type="checkbox"/>								
Tierce personne	Présence d'une tierce personne (<i>aide à domicile, aide soignante, veille de nuit</i>) <input type="checkbox"/>								
Renseignements concernant le logement :									
Merci de préciser les équipements dont vous avez impérativement besoin (1) :									
Baignoire adaptée <input type="checkbox"/>	Douche sans seuil <input type="checkbox"/>	Chambre avec une tierce personne (<i>aide à domicile, aide soignante, veille de nuit</i>) <input type="checkbox"/>							
WC avec espace de transfert <input type="checkbox"/>	Ascenseur <input type="checkbox"/>	Place de stationnement accessible et de largeur adaptée (3m30) <input type="checkbox"/>							
Avez-vous des besoins particuliers quant à la localisation du logement et à son environnement (besoins de services de santé de proximité) ?									
Autres besoins, précisez :									

(1) : plus le nombre d'équipements impératifs sera important, plus il sera difficile de trouver un logement adapté à votre demande. Il est donc important que vous sélectionniez uniquement ceux qui vous sont indispensables.

