



# Demande de logement social

Article R. 441-2-2 du code de la construction et de l'habitation



N°14069\*02

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

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

**Le demandeur** Monsieur  Madame

Nom :   
 Nom de jeune fille :   
 Prénom :   
 Date de naissance :  JJMMAAAA 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  Tél. travail   
 Mail (1) :  @

**ADRESSE OÙ LE COURRIER DOIT VOUS ÊTRE ENVOYÉ**

Bâtiment :  Escalier :  Étage :  Appartement :   
 Numéro :  Voie :   
 Lieu-dit :   
 Complément d'adresse :   
 Code postal :  Localité :   
 Pays :   
 Si vous êtes hébergé(e), personne ou structure hébergeante :

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

Bâtiment :  Escalier :  Étage :  Appartement :   
 Numéro :  Voie :   
 Lieu-dit :   
 Complément d'adresse :   
 Code postal :  Localité :   
 Pays :   
 Si vous êtes hébergé(e), personne ou structure hébergeante :

**Votre conjoint ou le futur co-titulaire du bail** Monsieur  Madame

Nom :   
 Nom de jeune fille :   
 Prénom :   
 Date de naissance :  JJMMAAAA 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  Tél. 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 vivent dans le logement**

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

(1) : facultatif

		Date de naissance	Sexe M/F	Lien de parenté parent enfant autre
3	Nom Prénom	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Nom Prénom	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Nom Prénom	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Nom Prénom	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Nom Prénom	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Nom Prénom	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(s'il y a plus de 8 personnes à charge, joignez un tableau complémentaire)

Si naissance attendue, nombre d'enfants à naître ?  Date de naissance prévue J J M M A A A A

	Date de naissance	Sexe M/F	Garde alternée	Droit de visite	Date de naissance	Sexe M/F	Garde alternée	Droit de visite
1er enfant	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <sup>me</sup> enfant	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>me</sup> enfant	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <sup>me</sup> enfant	J J M M A A A A	<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 :  Pays :

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 :  Pays :

Si son 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 et de  
son conjoint

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, du concubin ou du futur co-titulaire du bail et des personnes fiscalement à charge qui vivront dans le logement. (hors AL/APL)**

Montant net en euros <b>par mois</b> (sans les centimes)	Demandeur	Conjoint ou concubin et/ou futur co-titulaire du bail	Autres personnes fiscalement à charge du demandeur, du conjoint, du concubin ou du co-titulaire du bail (autres que votre conjoint, concubin ou futur co-titulaire du bail)
Salaire ou revenu d'activité.....			
Retraite.....			
Allocation chômage / Indemnités.....			
Pension alimentaire reçue.....			
Pension d'invalidité.....			
Allocations familiales.....			
Allocation d'adulte handicapé (AAH).....			
Alloc. d'éducation d'enfant handicapé (AEEH).....			
Alloc. journalière de présence parentale (AJPP).....			
Revenu de solidarité active (RSA).....			
Allocation Jeune enfant (PAJE).....			
Allocation de Minimum Vieillesse.....			
Bourse étudiant.....			
Autres (hors AL ou APL).....			
Pension alimentaire versée.....	-	-	-

**Logement actuel (cochez une seule case)**

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

Si vous payez un loyer ou une redevance mensuel (loyer + 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 :  m<sup>2</sup>

**tes-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 :

Pays :

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

(2) : à renseigner si vous le savez





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  Non

**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  Non

**Renseignements concernant votre handicap :**

Nature du handicap	<b>Moteur</b> <input type="checkbox"/>	<b>Sensoriel</b> <input type="checkbox"/>
	Membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/>	Déficience auditive <input type="checkbox"/>
	Membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/>	Déficience visuelle <input type="checkbox"/>
	<b>Autre</b> <input type="checkbox"/> Merci de préciser : <input type="text"/>	
Votre handicap est-il ?	Stabilisé <input type="checkbox"/>	Evolutif <input type="checkbox"/>
Besoins en aides techniques	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) : - Lit médicalisé <input type="checkbox"/> - Lit médicalisé <input type="checkbox"/>
Capacité à monter des marches	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 (aide à domicile, aide soignante, veille de nuit) <input type="checkbox"/>	

**Renseignements concernant le logement :**

Merci de préciser les équipements dont vous avez impérativement besoin <sup>(1)</sup> :

Baignoire adaptée <input type="checkbox"/>	Douche sans seuil <input type="checkbox"/>	Chambre avec une tierce personne (aide à domicile, aide soignante, veille de nuit). <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 (ex : 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.