

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 : **J J M M A A A A**

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 : **J J M M A A A A** 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 vivront dans le logement

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

1	Nom	<input type="checkbox"/>	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Prénom	<input type="checkbox"/>		
2	Nom	<input type="checkbox"/>	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Prénom	<input type="checkbox"/>		

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

(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				
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	J	J	M	M	A	A	A	J	J	M	M	A	A	A
2ème enfant	J	J	M	M	A	A	A	J	J	M	M	A	A	A

Situation professionnelle

LE DEMANDEUR

LE CONJOINT OU LE FUTUR CO-TITULAIRE DU BAIL

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)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Sur les revenus de l'année 20 (année en cours moins 1) <i>(si vous avez reçu l'avis d'imposition ou de non imposition N-1)</i>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

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)

<i>Montant net en euros par mois (sans les centimes)</i>	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).....		€	€
<i>Pension alimentaire versée.....</i>	-	€	-

Logement actuel (cochez une seule case)

Locataire HLM <input type="checkbox"/>	Sous-locataire ou hébergé dans un logement à titre temporaire <input type="checkbox"/> Depuis le J J M M A A A A (2)	Chez vos parents ou vos enfants <input type="checkbox"/>
Nom de l'organisme bailleur : J J M M A A A A		Chez un particulier <input type="checkbox"/>
Locataire parc privé <input type="checkbox"/>	Structure d'hébergement <input type="checkbox"/> (CHRS, CHU, CADA, autres) Depuis le J J M M A A A A (2)	Logé à titre gratuit <input type="checkbox"/>
Résidence sociale ou foyer (FJT, FTM, FPA, FPH) ou pension de famille (maison-relais) (2) Depuis le J J M M A A A A	Nom de la structure : J J M M A A A A	Logement de fonction <input type="checkbox"/>
Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS) (2) Depuis le J J M M A A A A	Centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel <input type="checkbox"/> Depuis le J J M M A A A A (2)	Propriétaire occupant <input type="checkbox"/>
Résidence étudiant <input type="checkbox"/>	Nom du centre : J J M M A A A A	Camping, caravanning <input type="checkbox"/>
Si vous payez un loyer ou une redevance montant mensuel (loyer + charges) : J J M M A A A A €	Si vous percevez l'AL ou l'APL, montant mensuel : J J M M A A A A €	Logé dans un hôtel <input type="checkbox"/>
Combien de personnes habitent dans le logement actuel ? J J	Catégorie : Appartement <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/>	Sans abri ou habitat de fortune <input type="checkbox"/>
Type de logement : Chambre <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5 <input type="checkbox"/> T6 et plus <input type="checkbox"/>	Surface : J J M M A A A A m ²	Dans un squat <input type="checkbox"/>
Êtes-vous (ou votre conjoint ou le futur co-titulaire du bail) propriétaire d'un logement autre que celui que vous habitez ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui : Commune : J J M M A A A A	Code postal : J J M M A A A A	
Pays : J J M M A A A A		
Type de logement : Chambre <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5 <input type="checkbox"/> T6 et plus <input type="checkbox"/>		

(2) : à renseigner si vous le savez

Motif de votre demande. Numérotez par ordre d'importance (1,2,3) vos 3 principaux motifs

Sans logement ou hébergé ou en logement temporaire	<input type="checkbox"/>	Logement trop cher	<input type="checkbox"/>	Mutation professionnelle	<input type="checkbox"/>
Démolition	<input type="checkbox"/>	Logement trop grand	<input type="checkbox"/>	Rapprochement du lieu de travail	<input type="checkbox"/>
Logement non décent, insalubre ou dangereux ou local impropre à l'habitation (cave, sous-sol, garage, combles, cabane...)	<input type="checkbox"/>	Divorce, séparation	<input type="checkbox"/>	Rapprochement des équipements et services	<input type="checkbox"/>
Logement repris ou mis en vente par son propriétaire	<input type="checkbox"/>	Décohabitation	<input type="checkbox"/>	Rapprochement de la famille	<input type="checkbox"/>
En procédure d'expulsion	<input type="checkbox"/>	Logement trop petit	<input type="checkbox"/>	Accédant à la propriété en difficulté	<input type="checkbox"/>
Si jugement d'expulsion, date du jugement :	J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Futur mariage, concubinage, PACS	<input type="checkbox"/>	Autre motif particulier (précisez) :	<input type="checkbox"/>
Violences familiales	<input type="checkbox"/>	Regroupement familial	<input type="checkbox"/>		
Handicap	<input type="checkbox"/>	Assistant(e) maternel(le) ou familiale	<input type="checkbox"/>		
Raisons de santé	<input type="checkbox"/>	Problèmes d'environnement ou de voisinage	<input type="checkbox"/>		

Le logement que vous recherchez

Appartement <input type="checkbox"/>	Maison <input type="checkbox"/>	Indifferent <input type="checkbox"/>	Souhaitez-vous un parking ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type de logement : Chambre <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T5 <input type="checkbox"/> T6 et plus <input type="checkbox"/>					
Acceptez-vous : un logement en rez-de-chaussée ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Acceptez-vous : un logement sans ascenseur ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Montant maximum de la dépense de logement (loyer + charges) que vous êtes prêt(e) à supporter : €					

LOCALISATION SOUHAITÉE

	Communes souhaitées	Arrondissement(s) ou quartier(s) souhaité(s) ⁽¹⁾
Choix 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choix 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choix 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choix 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choix 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choix 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choix 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choix 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres communes de l'agglomération (communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes) ?

Oui Non

Si vous-même ou l'une des personnes à loger est handicapé(e) et si le logement que vous recherchez doit être adapté à ce handicap, cochez la case et remplissez le complément à la demande prévu à cet effet.

Précisions complémentaires

--	--

Souhaitez-vous effectuer le renouvellement de votre demande par voie électronique ? Oui Non

Si oui, vous recevrez le formulaire de renouvellement à l'adresse électronique que vous avez indiquée à la page 1

En déposant votre demande, vous attestez l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus et vous vous engagez à signaler tout changement de situation pouvant modifier les renseignements fournis.

Le : J J M M A A A A

(1) : facultatif

Toute fausse déclaration est passible des peines mentionnées aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

Les informations figurant sur cet imprimé feront l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à l'article 39 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder à tout moment aux informations vous concernant auprès du service qui a enregistré votre demande. Ces informations seront accessibles aux bailleurs sociaux, services, collectivités territoriales et autres réservataires de logements mentionnés à l'article R.441-2-6 du code de la construction et de l'habitation.



Complément à la demande de logement social **Logements adaptés au(x) handicap(s)**



N°14069*02



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	Moteur <input type="checkbox"/>	Sensoriel <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"/>	
Autre <input type="checkbox"/>	Merci de préciser :				
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"/>			<input type="checkbox"/>
	Canne, Béquille <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Déambulateur <input type="checkbox"/>	Autres aides techniques (merci de préciser) : - Lève personne <input type="checkbox"/> - Lit médicalisé <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Capacité à monter des marches	Impossible <input type="checkbox"/>	1 étage <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	1 à 3 marches <input type="checkbox"/>	Plus d'un étage <input type="checkbox"/>			<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 (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 larquer 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.