



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère chargé du

logement

Demande de logement social

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



N° 14069*01

Cadre réservé au service

Numéro de dossier :

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

Le demandeur

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance : JJ MM AA AA 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 Madame Mademoiselle

Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance : JJ MM AA AA 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 <input type="text"/> Prénom <input type="text"/> | <input type="text"/> JJ <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA <input type="text"/> AA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2 | Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/> | <input type="text"/> JJ <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA <input type="text"/> AA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3 | Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/> | <input type="text"/> JJ <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA <input type="text"/> AA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4 | Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/> | <input type="text"/> JJ <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA <input type="text"/> AA | <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 | | |
|----------|-------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 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, donnez les informations sur une feuille 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 A | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3ème enfant | J J M M A A A A | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2ème enfant | J J M M A A A A | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4ème 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 :

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 (année en cours moins 2)

€

€

Sur les revenus de l'année (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 vivront 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 : <input type="text"/> | Sous-locataire ou hébergé dans un logement à titre temporaire <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA (2) | Chez vos parents ou vos enfants <input type="checkbox"/> Chez un particulier <input type="checkbox"/> Logé à titre gratuit <input type="checkbox"/> Logement de fonction <input type="checkbox"/> Propriétaire occupant <input type="checkbox"/> Camping, caravaning <input type="checkbox"/> Logé dans un hôtel <input type="checkbox"/> Sans abri ou abri de fortune <input type="checkbox"/> Dans un squat <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 <input type="text"/> JJMMAAAA (2) | Structure d'hébergement (CHRS, CHU, CADA, CPH, autres) <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA (2) Nom de la structure : <input type="text"/> | |
| Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS) <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA (2) | Centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA (2) Nom du centre : <input type="text"/> | |
| Résidence étudiant <input type="checkbox"/> | | |
| Si vous payez un loyer ou une redevance , montant mensuel (avec charges) : <input type="text"/> € | | Si vous percevez l'AL ou l'APL , montant mensuel : <input type="text"/> € |
| Combien de personnes habitent dans le logement actuel ? <input type="text"/> | | Catégorie : Appartement <input type="checkbox"/> Maison <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 : <input type="text"/> m ² |
| 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 : <input type="text"/> | | Code postal : <input type="text"/> |
| 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

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 : | <input type="text"/> |
| Prénom : | <input type="text"/> |

| Cadre réservé au service | Numéro de dossier : <input type="text"/> |
|--------------------------|--|
|--------------------------|--|

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 : <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) : <input type="text"/> |
| | | - Lève personne <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 (<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 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.