



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 :

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 :

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"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/>		
2	Nom <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/>		
3	Nom <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/>		
4	Nom <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/>		

	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

<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"/> Depuis le <input type="text"/> (2)	<b>Chez vos parents ou vos enfants</b> <input type="checkbox"/>  <b>Chez un particulier</b> <input type="checkbox"/>  <b>Logé à titre gratuit</b> <input type="checkbox"/>  <b>Logement de fonction</b> <input type="checkbox"/>  <b>Propriétaire occupant</b> <input type="checkbox"/>  <b>Camping, caravanning</b> <input type="checkbox"/>  <b>Logé dans un hôtel</b> <input type="checkbox"/>  <b>Sans abri ou abri 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</b> (maison relais, résidence d'accueil) <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> (2)	<b>Structure d'hébergement (CHRS, CHU, CADA, CPH, autres)</b> <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> (2) Nom de la structure : <input type="text"/>	
<b>Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS)</b> <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> (2)	<b>Centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel</b> <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> (2) Nom du centre : <input type="text"/>	
<b>Résidence étudiant</b> <input type="checkbox"/>		
Si vous payez <b>un loyer</b> ou <b>une redevance</b> , montant mensuel (avec charges) : <input type="text"/> €		Si vous percevez <b>l'AL</b> ou <b>l'APL</b> , montant mensuel : <input type="text"/> €
Combien de personnes habitent dans le logement actuel ? <input type="text"/>		<b>Catégorie</b> : 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 <sup>2</sup>
<b>Êtes-vous</b> (ou votre conjoint ou le futur co-titulaire du bail) <b>propriétaire d'un logement autre que celui que vous habitez</b> ? 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	<b>Moteur</b> <input type="checkbox"/> Membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/> Membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/>	<b>Sensoriel</b> <input type="checkbox"/> Déficience auditive <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"/> Canne, Béquille <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/> Autres aides techniques (merci de préciser) : - Lève personne <input type="checkbox"/> - Lit médicalisé <input type="checkbox"/>
Capacité à monter des marches	Impossible <input type="checkbox"/> 1 à 3 marches <input type="checkbox"/>	1 étage <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 <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 (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.