

Demande de logement social



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

Cadre réservé au service	Numéro de dossier :		
Avez-vous déjà déposé une demande de logement locatif social ? Non Si oui, numéro unique d'enregistrement attribué :			
Le demandeur Monsieur M	Madame		
Nom :			
Nom de jeune fille :			
Prénom :			
Date de naissance : J J M M A A A A Na	ationalité : Française Union européenne Hors Union européenne		
Situation familiale : Célibataire Marié(e)	Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e) Concubin(e) Veuf(ve)		
Tél. Domicile Por	table Tél. travail		
Mail (1):	@		
ADRESSE OÙ LE COURRIER DOIT VOUS ÊTRE EN	IVOYÉ		
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 ACTUE	ELLEMENT (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 Na	ationalité : Française Union européenne Hors Union européenne		
Situation familiale : Célibataire Marié(e)	Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e) Concubin(e) Veuf(ve)		
Tél. Domicile Por	table 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)		
	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			
Prénom	J J M M A A A A L L L L L L L L L L L L L L		
2 Nom			
Prénom			

	Date de naissance	Sexe Lien de parenté M/F parent enfant autre
3 Nom Prénom		
4 Nom Prénom		
5 Nom Prénom		
6 Nom Prénom		
7 Nom Prénom		
8 Nom 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 naissa		
Si vous avez des enfants en garde alternée ou en droit de Date de naissance visite : 1er enfant Sexe Garde M/F alternée	Droit de visite Date de naissance 3ème enfant J J M M A A A	M/F alternée visite
2ème enfant JJMMAAAA	4ème enfant J J M M A A	
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 principa	al)	
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:		
	Artisan, commerçant, profession libérale	
	Autre	J
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		ovis d'imposition outur co-titulaire du bail)
Sur les revenus de l'année 2 0 (année en cours moins 2)	€	€
Sur les revenus de l'année 2 0 (année en cours moins 1)		6
(si vous avez reçu l'avis d'imposition ou de non imposition N-1)	€	€

personnes fiscalement à charge qui vivront dans le logement. (hors AL/APL)				
Montant net en euros <u>par mois</u> (sans les centimes)	Conjoint ou concubin et/ou Demandeur 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	$\begin{array}{cccccccccccccccccccccccccccccccccccc$	CO-TITUIAIRE OU DAII)		
Pension alimentaire versée Logement actuel (cochez une seule case)	-	-		
Locataire HLM Nom de l'organisme bailleur : Locataire parc privé Résidence sociale ou foyer (FJT,FTM, FPA, FPH) ou pension de famille (maison-relais) Depuis le Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS) Depuis le J J M M A A A A Résidence étudiant	Sous-locataire ou hébergé dans un logement à titre temporaire Depuis le JJMMAAAA Structure d'hébergement (CHRS, CHU, CADA, autres) Depuis le JJMMAAAA Nom de la structure : Centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel Depuis le JJMMAAAA Nom du centre :	Chez vos parents ou vos enfants Chez un particulier Logé à titre gratuit Logement de fonction Propriétaire occupant Camping, caravaning Logé dans un hôtel Sans abri ou habitat de fortune Dans un squat		
Si vous payez un loyer ou une redevance montant 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 : 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	e postal :		
Pays:				
Type de logement : Chambre T1 T2 T3 T4 T5 T6 et plus				

Motif de votre demande. Numérotez par ordre d'importance (1,2,3) vos 3 principaux motifs				
Sans logement ou hébergé ou en logement temporaire	Logement trop cher	Mutation professionnelle		
Démolition	Logement trop grand	Rapprochement du lieu de travail		
Logement non décent, insalubre ou dangereux ou local impropre à l'habitation (cave, sous-sol, garage, combles, cabane)	Divorce, séparation	Rapprochement des équipements et services		
Logement repris ou mis en vente par son propriétaire	Décohabitation	Rapprochement de la famille		
En procédure d'expulsion	Logement trop petit	Accédant à la propriété		
Si jugement d'expulsion,	Futur mariage, concubinage, PACS	en difficulté		
date du jugement :	Regroupement familial	Autre motif particulier (précisez) :		
Violences familiales	Assistant(e) maternel(le)			
Handicap	ou familiale			
Raisons de santé	Problèmes d'environnement ou de voisinage			
Le logement que vous recherchez				
Appartement Maison Indifférent	Souhaitez-vous un parking? Ou	i Non		
Type de logement : Chambre T1 T2	T3 T4 T5 T6 e	t plus		
Acceptez-vous : un logement en rez-de-chaussée ? Oui	Non Acceptez-vous : un logeme	ent sans ascenseur ? Oui Non		
Montant maximum de la dépense de logement (loyer + charge	es) que vous êtes prêt(e) à supporter :	€		
LOCALISATION SOUHAITÉE				
Communes souhaitées	Arrondissement(s) ou quartier(s) souhaité(s) (1)		
Choix 1				
Choix 2				
Choix 2 Choix 3				
Choix 2 Choix 3 Choix 4				
Choix 2 Choix 3 Choix 4 Choix 5				
Choix 2 Choix 3 Choix 4 Choix 5 Choix 6				
Choix 2 Choix 3 Choix 4 Choix 5 Choix 6 Choix 7				
Choix 2 Choix 3 Choix 4 Choix 5 Choix 6 Choix 7 Choix 8	propos de l'agglemération			
Choix 2 Choix 3 Choix 4 Choix 5 Choix 6 Choix 7 Choix 8 Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres con (communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes)	?	Oui Non		
Choix 2 Choix 3 Choix 4 Choix 5 Choix 6 Choix 7 Choix 8 Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres com (communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes) Si vous-même ou l'une des personnes à loger est hance	? licapé(e) et si le logement que vous re			
Choix 2 Choix 3 Choix 4 Choix 5 Choix 6 Choix 7 Choix 8 Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres con (communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes) Si vous-même ou l'une des personnes à loger est hand handicap, cochez la case et remplissez le complés	?			
Choix 2 Choix 3 Choix 4 Choix 5 Choix 6 Choix 7 Choix 8 Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres com (communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes) Si vous-même ou l'une des personnes à loger est hance	? licapé(e) et si le logement que vous re			
Choix 2 Choix 3 Choix 4 Choix 5 Choix 6 Choix 7 Choix 8 Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres con (communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes) Si vous-même ou l'une des personnes à loger est hand handicap, cochez la case et remplissez le complés	? licapé(e) et si le logement que vous re			
Choix 2 Choix 3 Choix 4 Choix 5 Choix 6 Choix 7 Choix 8 Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres con (communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes) Si vous-même ou l'une des personnes à loger est hand handicap, cochez la case et remplissez le complés	? licapé(e) et si le logement que vous re			
Choix 2 Choix 3 Choix 4 Choix 5 Choix 6 Choix 7 Choix 8 Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres con (communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes) Si vous-même ou l'une des personnes à loger est hand handicap, cochez la case et remplissez le complés	? licapé(e) et si le logement que vous re			
Choix 2 Choix 3 Choix 4 Choix 5 Choix 6 Choix 7 Choix 8 Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres con (communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes) Si vous-même ou l'une des personnes à loger est hand handicap, cochez la case et remplissez le complés	? licapé(e) et si le logement que vous re			
Choix 2 Choix 3 Choix 4 Choix 5 Choix 6 Choix 7 Choix 8 Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres con (communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes) Si vous-même ou l'une des personnes à loger est hand handicap, cochez la case et remplissez le complés	? licapé(e) et si le logement que vous re ment à la demande prévu à cet effet.	echerchez doit être adapté à ce		
Choix 2 Choix 3 Choix 4 Choix 5 Choix 6 Choix 7 Choix 8 Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres com (communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes) Si vous-même ou l'une des personnes à loger est hand handicap, cochez la case et remplissez le compléi	dicapé(e) et si le logement que vous rement à la demande prévu à cet effet. emande par voie électronique ?	echerchez doit être adapté à ce		
Choix 2 Choix 3 Choix 4 Choix 5 Choix 6 Choix 7 Choix 8 Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres con (communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes) Si vous-même ou l'une des personnes à loger est hand handicap, cochez la case et remplissez le complés Précisions complémentaires Souhaitez-vous effectuer le renouvellement de votre de	dicapé(e) et si le logement que vous rement à la demande prévu à cet effet. emande par voie électronique? d'adresse électronique que vous avez des informations mentionnées ci-des.	echerchez doit être adapté à ce ui Non aindiquée à la page 1		

(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)







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 serv	Vice Numéro de dossier :			
La personne handicapé	e			
Votre date de naissance :	JJMMAAAA			
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, ave	ez-vous élu domicile auprès de lui ? Oui Non			
Renseignements conce	rnant votre handicap :			
Nature du handicap	Moteur Membre(s) supérieur(s) Membre(s) inférieur(s) Déficience auditive Déficience visuelle			
	Autre Merci de préciser :			
Votre handicap est-il ?	Stabilisé Evolutif			
Besoins en aides techniques	Aucune Fauteuil roulant manuel Fauteuil roulant électrique Canne, Béquille Autres aides techniques (merci de préciser) : Déambulateur - Lève personne - Lit médicalisé			
Capacité à monter	Impossible 1 étage			
des marches	1 à 3 marches Plus d'un étage			
Tierce personne	Présence d'une tierce personne (aide à domicile, aide soignante, veille de nuit)			
Renseignements concernant le logement : Merci de préciser les équipements dont vous avez impérativement besoin :				
Baignoire adaptée WC avec espace de transfert	Douche sans seuil Ascenseur Chambre avec une tierce personne (aide à domicile, aide soignante, veille de nuit). Place de stationnement accessible et de largueur adaptée (3m30)			
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 :				