

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 ?	Si oui, numéro unique d'enregistrement attribué :
Le demandeur Monsieur Mac	dame
Nom :	
Nom de jeune fille :	
Prénom :	
Date de naissance : J J M M A A A A Nation	onalité : Française Union européenne Hors Union européenne
Situation familiale : Célibataire Marié(e)	Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e) Concubin(e) Veuf(ve)
Tél. Domicile Portal	ole Tél. travail
Mail (1):	@
ADRESSE OÙ LE COURRIER DOIT VOUS ÊTRE ENV	OYÉ
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 ACTUEL	LEMENT (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 b	ail Monsieur Madame
Nom :	
Nom de jeune fille :	
Prénom :	
Date de naissance : J J M M A A A Nation	onalité : Française Union européenne Hors Union européenne
Situation familiale : Célibataire Marié(e)	Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e) Concubin(e) Veuf(ve)
Tél. Domicile Portal	ble 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)
	la charge de votre conjoint ou du futur co-titulaire du bail qui vivront
	Date de naissance Sexe Lien de parenté M/F parent enfant autre
1 Nom	J J M M A A A A
Prénom	
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 complémenta		
Si naissance attendue, nombre d'enfants à naître? Si vous avez des enfants en garde alternée ou en droit de Date de naissance M/F alternée	Droit de Date de naissance	Sexe Garde Droit de M/F alternée visite
visite : 1er enfant 2ème enfant 1 J M M A A A A A A A A A A A A A A A A A	3ème enfant J J M M A A A A A A A	
Situation professionnelle	Teline ciliant	
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 princip	pal)	
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		s d'imposition ur co-titulaire du bail)
Sur les revenus de l'année 2 0 1 5 (année en cours moins 2)		€
Sur les revenus de l'année 2 0 1 6 (année en cours moins 1)	[€
(si vous avez reçu l'avis d'imposition ou de non imposition N-1)		

personnes fiscalement à charge qui vivront		itulaire du bail et des	
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	$\begin{array}{cccccccccccccccccccccccccccccccccccc$		
Pension alimentaire versée Logement actuel (cochez une seule case)	C		
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 JJMMAAAA Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS) Depuis le JJMMAAAA 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 OF VOICE OF MANAGE MILIMARATES PAR ARARA	- Nicona and a second (4, 0, 0)	
Motif de votre demande. Numérotez par ordre	d'importance (1,2,3) vos 3 principa	aux 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 jugament d'ayaylajan	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	Non
Type de logement : Chambre T1 T2	T3 T4 T5 T6 e	plus
Acceptez-vous : un logement en rez-de-chaussée ? Oui	Non Acceptez-vous : un logeme	nt 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	s) ou quartier(s) souhaité(s) (1)
Choix 1		
Choix 2		
Choix 3		
Choix 4		
Choix 5		
Choix 6		
Choix 6 Choix 7		
Choix 7		Oui Non
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 hance	? licapé(e) et si le logement que vous re	
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	?	
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 hance	? licapé(e) et si le logement que vous re	
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 complé	? licapé(e) et si le logement que vous re	
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 complé	? licapé(e) et si le logement que vous re	
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 complé	? licapé(e) et si le logement que vous re	
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 complé	? licapé(e) et si le logement que vous re	
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 complé	? licapé(e) et si le logement que vous re	
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 complé 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 ?	cherchez doit être adapté à ce
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 complé Précisions complémentaires	dicapé(e) et si le logement que vous rement à la demande prévu à cet effet. emande par voie électronique ?	cherchez doit être adapté à ce
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 complé Précisions complémentaires Souhaitez-vous effectuer le renouvellement de votre de	licapé(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-desse	cherchez doit être adapté à ce ui Non indiquée 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 logem	ent 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 manuel 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 q	quant à la localisation du logement et à son environnement (ex : besoins de services de santé de proximité) ?			
Autres besoins, précisez :				