



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 :

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

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 :

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

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<br>M/F              | Lien de parenté<br>parent enfant autre                                     |
|---|--------|-------------------|--------------------------|--|
| 1 | Nom    | J J M M A A A A   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|   | Prénom |                   |                          |  |
| 2 | Nom    | J J M M A A A A   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|   | Prénom |                   |                          |  |
| 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 |                   |                          |  |

|          | Date de naissance | Sexe<br>M/F              | Lien de parenté<br>parent enfant autre |                          |                          |
|----------|-------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 5<br>Nom | J J M M A A A A   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prénom   |                   |                          |  |                          |                          |
| 6<br>Nom | J J M M A A A A   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prénom   |                   |                          |  |                          |                          |
| 7<br>Nom | J J M M A A A A   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prénom   |                   |                          |  |                          |                          |
| 8<br>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<br>M/F              | Garde alternée           | Droit de visite          | Date de naissance | Sexe<br>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"/><br>Nom de l'organisme bailleur :<br><input type="text"/>   | <b>Sous-locataire ou hébergé dans un logement à titre temporaire</b> <input type="checkbox"/><br>Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA <sup>(2)</sup>  | <b>Chez vos parents ou vos enfants</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Chez un particulier</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Logé à titre gratuit</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Logement de fonction</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Propriétaire occupant</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Camping, caravanning</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Logé dans un hôtel</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Sans abri ou abri de fortune</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Dans un squat</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>Locataire parc privé</b> <input type="checkbox"/><br><br><b>Résidence sociale ou foyer</b> (FJT,FTM, FPA, FPH) <b>ou pension de famille</b> (maison relais, résidence d'accueil) <input type="checkbox"/><br>Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA <sup>(2)</sup> | <b>Structure d'hébergement</b> (CHRS, CHU, CADA, CPH, autres) <input type="checkbox"/><br>Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA <sup>(2)</sup><br>Nom de la structure :<br><input type="text"/>          |  |
| <b>Résidence hôtelière à vocation sociale</b> (RHVS) <input type="checkbox"/><br>Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA <sup>(2)</sup>  | <b>Centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel</b> <input type="checkbox"/><br>Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA <sup>(2)</sup><br>Nom du centre :<br><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

## 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 J M M A A A A          | 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     Maison     Indifférent     Souhaitez-vous un parking ?    Oui     Non

Type de logement :    Chambre     T1     T2     T3     T4     T5     T6 et plus

Acceptez-vous : un logement en rez-de-chaussée ?    Oui     Non     Acceptez-vous : un logement sans ascenseur ?    Oui     Non

Montant maximum de la dépense de logement (loyer + charges) que vous êtes prêt(e) à supporter :  €

## LOCALISATION SOUHAITÉE

|         | Commune souhaitée        | Quartier ou arrondissement souhaité <sup>(1)</sup> |
|---------|--------------------------|--|
| 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"/>                           |

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

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

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

Les informations figurant sur cet imprimé feront l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à l'article 40 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 et les rectifier 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 :                           | <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"/><br>Membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/><br>Membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/> | <b>Sensoriel</b> <input type="checkbox"/><br>Déficience auditive <input type="checkbox"/><br>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"/><br>Canne, Béquille <input type="checkbox"/><br>Déambulateur <input type="checkbox"/>                         | Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/><br>Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/><br>Autres aides techniques (merci de préciser) :<br>- Lève personne <input type="checkbox"/> - Lit médicalisé <input type="checkbox"/> |
|                             | Capacité à monter des marches  | Impossible <input type="checkbox"/><br>1 à 3 marches <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.