

**DEMANDE DE LOGEMENT SOCIAL**

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



N°14069*03

Pour déposer une demande de logement social, vous pouvez remplir ce formulaire et le déposer auprès d'un guichet enregistreur ou enregistrer directement en ligne votre demande sur le site www.demande-logement-social.gouv.fr

L'enregistrement de votre demande est un droit. La seule condition est la fourniture de la copie d'une pièce d'identité ou d'un titre de séjour (cf notice). Il ne peut pas vous être refusé au motif que vous ne présentez pas d'autres pièces justificatives au moment du dépôt ou de l'enregistrement de votre demande.

Cadre réservé au service

Numéro de dossier : _____

Le demandeurAvez-vous déjà déposé une demande de logement social ? Oui Non

Si oui, numéro unique d'enregistrement attribué : _____

Monsieur Madame Nom d'usage ou d'époux(se) : _____

Nom de naissance (si différent) : _____

Prénom : _____

Date de naissance : J J M M A A A A Nationalité : Française Union européenne Hors Union européenne Avez-vous un numéro de sécurité sociale ? : Oui Non Si oui, numéro de sécurité sociale : _____Situation de famille : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e) Concubin(e) Veuf(ve)

Tél. Domicile : _____ Portable : _____ Tél travail : _____

Mail personnel ⁽¹⁾ : _____ @ _____ . _____

Mail d'une personne ou structure vous aidant dans les démarches : _____ @ _____ . _____

ADRESSE À LAQUELLE LE COURRIER DOIT VOUS ÊTRE ENVOYÉ

Nom de la personne ou de la structure : _____

Bâtiment : _____ Escalier : _____ Étage : _____ Appartement : _____

Numéro : _____ Voie : _____

Lieu-dit : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Pays : _____

ADRESSE DU LOGEMENT OÙ VOUS VIVEZ ACTUELLEMENT (SI CETTE ADRESSE 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 bailMonsieur Madame

Nom d'usage ou d'époux(se) : _____

Nom de naissance (si différent) : _____

Prénom : _____

Date de naissance : J J M M A A A A Nationalité : Française Union européenne Hors Union européenne A-t-il un numéro de sécurité sociale ? : Oui Non Si oui, numéro de sécurité sociale : _____Situation de famille : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e) Concubin(e) Veuf(ve)

Tél. Domicile : _____ Portable : _____ 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)

Mail personnel : _____ @ _____ . _____

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 | 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 | | | | | |
| 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 | | Date de naissance prévue | | | |
|---|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | J J M M A A A A | | | |
| Enfants en garde alternée ne figurant pas dans les personnes fiscalement à charge ou enfants en droit de visite | | date de naissance | Sexe M/F | Garde alternée | Droit de visite |
| 1 | Nom | J J M M A A A A | <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"/> |
| | Prénom | | | | |
| 3 | Nom | J J M M A A A A | <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"/> |
| | Prénom | | | | |

Situation professionnelle

LE DEMANDEUR

Profession :

CDI
 CDD, stage, intérim
 Artisan, commerçant, profession libérale
 Agent public

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 : Pays :

Si vous êtes salarié dans une entreprise de plus de 10 salariés, N° SIRET de l'employeur ⁽¹⁾ :

(1) : facultatif

VOTRE CONJOINT OU LE FUTUR CO-TITULAIRE DU BAIL

Profession :

CDI CDD, stage, intérim Artisan, commerçant, profession libérale Agent public

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 :

S'il est salarié dans une entreprise de plus de 10 salariés, N° SIRET de l'employeur ⁽¹⁾ :

Revenu fiscal de référence

Avis d'imposition
du demandeur et de
son conjoint

Autre avis d'imposition
(conjoint ou futur 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)
(si vous avez reçu l'avis d'imposition ou de non imposition N-1)

€

€

Ressources mensuelles du demandeur, du conjoint, du concubin ou du futur co-titulaire du bail et des personnes fiscalement à leur charge qui vivront dans le logement (hors AL/APL)

| Montant net en euros <u>par mois</u> (sans les centimes) | Demandeur | Conjoint ou concubin et/ou 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 | € | € | € |
| 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 | € | € | € |
| Prime d'activité | € | € | € |
| Autres (hors AL ou APL) | € | € | € |
| Pension alimentaire versée | - € | - € | - € |

Logement actuel (cochez une seule case)

| | | |
|---|---|--|
| Locataire HLM <input type="checkbox"/> Nom de l'organisme bailleur figurant sur la quittance ⁽¹⁾ <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> N° de SIREN de l'organisme bailleur ⁽¹⁾ <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | Sous-locataire ou hébergé dans un logement à titre temporaire <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> ⁽²⁾ | Hébergé chez vos parents ou vos enfants <input type="checkbox"/> Hébergé chez un particulier <input type="checkbox"/> Logement de fonction <input type="checkbox"/> Propriétaire occupant <input type="checkbox"/> Camping, caravanning <input type="checkbox"/> Hébergé à l'hôtel <input type="checkbox"/> Sans abri ou habitat de fortune <input type="checkbox"/> Occupant sans titre <input type="checkbox"/> Logé en habitat mobile <input type="checkbox"/> |
| Locataire parc privé <input type="checkbox"/> | Hébergé dans une structure d'hébergement (CHRS, CHU, CADA, autres) <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> ⁽²⁾ Nom de la structure <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | |
| Logé en logement-foyer (FJT, FTM, FPA, FPH), en résidence sociale ou en pension de famille maison-relais <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> ⁽²⁾ | Hébergé dans un centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> ⁽²⁾ Nom du centre <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | |
| Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS) depuis le <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Résidence étudiant <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | |
|---|--|
| Si vous payez un loyer ou une redevance montant mensuel (loyer + charges) : <input style="width: 40px;" type="text"/> € | Si vous percevez l'AL ou l'APL montant mensuel : <input style="width: 40px;" type="text"/> € |
|---|--|

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 postal :

Pays :

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

Le motif de votre demande (3 motifs maximum. Des justificatifs vous seront demandés). Numérotez par ordre d'importance (1,2,3) vos 3 principaux motifs

| | | |
|--|---|---|
| Sans logement ou hébergé ou en logement temporaire <input type="checkbox"/> Démolition <input type="checkbox"/> Logement non décent (ne répondant pas aux caractéristiques fixées par le décret n°2002-120 du 30 janvier 2002.) <input type="checkbox"/> Logement insalubre ou dangereux ou local impropre à l'habitation (cave, sous-sol, garage, combles, cabane...) <input type="checkbox"/> Logement repris ou mis en vente par son propriétaire <input type="checkbox"/> En procédure d'expulsion <input type="checkbox"/> Si jugement d'expulsion, date du jugement : <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Violences familiales <input type="checkbox"/> Handicap <input type="checkbox"/> Raisons de santé <input type="checkbox"/> | Logement trop cher <input type="checkbox"/> Logement trop grand <input type="checkbox"/> Divorce, séparation <input type="checkbox"/> Décohabitation <input type="checkbox"/> Logement trop petit <input type="checkbox"/> Futur mariage, concubinage, PACS <input type="checkbox"/> Regroupement familial <input type="checkbox"/> Profession du demandeur ou de son conjoint : assistant(e) maternel(le) ou familiale <input type="checkbox"/> Problèmes d'environnement ou de voisinage <input type="checkbox"/> Renouvellement urbain <input type="checkbox"/> | Mobilité professionnelle <input type="checkbox"/> Rapprochement du lieu de travail <input type="checkbox"/> Rapprochement des équipements et services <input type="checkbox"/> Rapprochement de la famille <input type="checkbox"/> Accédant à la propriété en difficulté <input type="checkbox"/> Autre motif particulier (précisez) : <input type="checkbox"/> <input style="width: 100%; height: 100px;" type="text"/> |
|--|---|---|

Le logement que vous recherchez

Appartement Maison Indifférent Souhaitez-vous un parking ? Oui Non

Type de logement (cochez 2 types au plus) : Chambre dans une colocation 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 : €

Si vous-même ou l'une des personnes à loger est handicapée ou âgée en perte d'autonomie, et que 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.

LOCALISATION SOUHAITÉE

| | Commune(s) souhaitée(s) | Arrondissement(s) ou quartier(s) souhaité(s) |
|---------|-------------------------|--|
| choix 1 | | |
| choix 2 | | |
| choix 3 | | |
| choix 4 | | |
| choix 5 | | |
| choix 6 | | |
| choix 7 | | |
| choix 8 | | |

Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres communes de l'agglomération (métropole, communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes) ou arrondissements ou quartiers de la ville ? Oui Non

Précisions complémentaires

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

Toute fausse déclaration est passible des peines mentionnées aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.
En application de la loi N° 78-17 informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression des données qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit à partir du lien formulaire « contact » du site www.demande-logement-social.gouv.fr ou en envoyant un courrier à l'adresse suivante : Direction de l'Habitat, de l'Urbanisme et des Paysages Tour Séquoia 92 055 La Défense Cedex.

Complément à la demande de logement social

Logements adaptés au(x) handicap(s) et à la perte d'autonomie



Un questionnaire doit être renseigné pour chacune des personnes (demandeur, conjoint ou co-titulaire du bail, personnes fiscalement à charge) dont le handicap ou la perte d'autonomie nécessite un logement adapté à leur situation.

Le demandeur de logement social

Nom :

Prénom :

Cadre réservé au service

Numéro de dossier :

La personne handicapée

Votre date de naissance :

J J M M A A A A

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 : | |
| 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) : - 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 (aide à domicile, aide soignante, veille de nuit) <input type="checkbox"/> | |

Renseignements concernant le logement :

Merci de préciser les équipements dont vous avez impérativement besoin ⁽¹⁾ :

Baignoire adaptée Douche sans seuil Chambre avec une tierce personne (aide à domicile, aide soignante, veille de nuit)
 WC avec espace de transfert Ascenseur Place de stationnement accessible et de largeur 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 :

| |
|--|
| |
|--|

(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.