



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<br>Prénom | J J M M A A A A   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6<br>Nom<br>Prénom | J J M M A A A A   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7<br>Nom<br>Prénom | J J M M A A A A   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8<br>Nom<br>Prénom | J J M M A A A A   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(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"/> (2)  | <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, caravaning</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 (FJT,FTM, FPA, FPH) ou pension de famille</b> (maison relais, résidence d'accueil) <input type="checkbox"/><br>Depuis le <input type="text"/> (2) | <b>Structure d'hébergement (CHRS, CHU, CADA, CPH, autres)</b> <input type="checkbox"/><br>Depuis le <input type="text"/> (2)<br>Nom de la structure :<br><input type="text"/>          |   |
| <b>Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS)</b> <input type="checkbox"/><br>Depuis le <input type="text"/> (2)   | <b>Centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel</b> <input type="checkbox"/><br>Depuis le <input type="text"/> (2)<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



# 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"/>   | <b>Sensoriel</b> <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"/>                       |
|                               | <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"/>  | 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) : <input type="text"/> |
|                               | - 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 ( <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.

## DEMANDE DE LOGEMENT

### PIECES JUSFICIATIVES NECESSAIRES A L'INSTRUCTION DU DOSSIER

- 1 - **Le questionnaire** de demande de logement dûment rempli.
- 2 - **Justificatif de la composition familiale** : une copie du livret de famille ou, si vous êtes célibataire sans enfant, une copie de la carte d'identité.  
**Si naissance attendue** : un certificat de grossesse.  
**Cas de divorce ou séparation** : la photocopie du jugement de divorce ou du jugement de non-conciliation ou l'attestation de l'avocat justifiant une éventuelle pension alimentaire.
- 3 - **Si vous êtes locataire** : la photocopie de la dernière quittance de loyer et l'attestation de paiement du loyer à faire remplir par votre propriétaire.  
**Si congé du propriétaire** : la copie du congé.  
**Si expulsion judiciaire** : la photocopie du jugement d'expulsion.  
**Si vous êtes propriétaire** : l'attestation de l'organisme prêteur justifiant la mise à jour des prêts et le cas échéant la photocopie du compromis de vente.
- 4 - **La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition** que vous avez reçu.
- 5 - **Si vous êtes salarié(e)** : la photocopie de votre dernière fiche de paie ainsi qu'une attestation de votre employeur (précisant la date d'embauche et la durée du contrat).  
**Si vous êtes chômeur(euse)** : la photocopie de la notification de vos droits et le dernier avis de paiement.  
**Si vous êtes retraité(e)** : la photocopie de la notification de l'organisme verseur (Caisse de retraite).  
**Si vous touchez des prestations CAF** : justificatif(s) de la Caisse d'Allocations Familiales (AAH, AF, RSA...).  
**Si vous êtes invalide** : le justificatif de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie indiquant le montant de la pension d'invalidité.  
**Si vous êtes en arrêt maladie** : la notification de la C.P.A.M. indiquant le montant des indemnités versées.
- 6 - **Si vous êtes étranger(ère)** : la photocopie de la carte de séjour (recto-verso).