



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 :  JJMMAAAA 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 :  JJMMAAAA 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 M/F	Lien de parenté parent enfant autre
1	Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/> JJMMAAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/> JJMMAAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/> JJMMAAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/> JJMMAAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(1) : facultatif

	Date de naissance	Sexe M/F	Lien de parenté parent enfant autre		
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, 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 M/F	Garde alternée	Droit de visite	Date de naissance	Sexe 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"/> Nom de l'organisme bailleur : <input type="text"/>	<b>Sous-locataire ou hébergé dans un logement à titre temporaire</b> <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA <sup>(2)</sup>	<b>Chez vos parents ou vos enfants</b> <input type="checkbox"/>  <b>Chez un particulier</b> <input type="checkbox"/>  <b>Logé à titre gratuit</b> <input type="checkbox"/>  <b>Logement de fonction</b> <input type="checkbox"/>  <b>Propriétaire occupant</b> <input type="checkbox"/>  <b>Camping, caravanning</b> <input type="checkbox"/>  <b>Logé dans un hôtel</b> <input type="checkbox"/>  <b>Sans abri ou abri de fortune</b> <input type="checkbox"/>  <b>Dans un squat</b> <input type="checkbox"/>
<b>Locataire parc privé</b> <input type="checkbox"/>  <b>Résidence sociale ou foyer (FJT,FTM, FPA, FPH) ou pension de famille</b> (maison relais, résidence d'accueil) <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA <sup>(2)</sup>	<b>Structure d'hébergement (CHRS, CHU, CADA, CPH, autres)</b> <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA <sup>(2)</sup> Nom de la structure : <input type="text"/>	
<b>Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS)</b> <input type="checkbox"/> 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"/> Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA <sup>(2)</sup> Nom du centre : <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		
Choix 2		
Choix 3		
Choix 4		
Choix 5		

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


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"/>	<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.