



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 :

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 :

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"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Prénom <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| 2 | Nom <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Prénom <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| 3 | Nom <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Prénom <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| 4 | Nom <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Prénom <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

| | 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

| | | |
|--|---|---|
| Locataire HLM <input type="checkbox"/> Nom de l'organisme bailleur : <input type="text"/> | Sous-locataire ou hébergé dans un logement à titre temporaire <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA (2) | Chez vos parents ou vos enfants <input type="checkbox"/> Chez un particulier <input type="checkbox"/> Logé à titre gratuit <input type="checkbox"/> Logement de fonction <input type="checkbox"/> Propriétaire occupant <input type="checkbox"/> Camping, caravaning <input type="checkbox"/> Logé dans un hôtel <input type="checkbox"/> Sans abri ou abri de fortune <input type="checkbox"/> Dans un squat <input type="checkbox"/> |
| Locataire parc privé <input type="checkbox"/> Résidence sociale ou foyer (FJT,FTM, FPA, FPH) ou pension de famille (maison relais, résidence d'accueil) <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA (2) | Structure d'hébergement (CHRS, CHU, CADA, CPH, autres) <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA (2) Nom de la structure : <input type="text"/> | |
| Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS) <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA (2) | Centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> JJMMAAAA (2) Nom du centre : <input type="text"/> | |
| Résidence étudiant <input type="checkbox"/> | | |
| Si vous payez un loyer ou une redevance , montant mensuel (avec charges) : <input type="text"/> € | | Si vous percevez l'AL ou l'APL , montant mensuel : <input type="text"/> € |
| Combien de personnes habitent dans le logement actuel ? <input type="text"/> | | Catégorie : 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 ² |
| Êtes-vous (ou votre conjoint ou le futur co-titulaire du bail) propriétaire d'un logement autre que celui que vous habitez ? 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 ⁽¹⁾ |
|---------|----------------------|--|
| Choix 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Choix 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Choix 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Choix 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Choix 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

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 | 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 : <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 ⁽¹⁾ :

| | | |
|--|--|---|
| 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) ?

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

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.