



Cadre réservé au service Numéro de dossier :

Avez-vous déjà déposé une demande de logement locatif social ? Oui Non Si oui, numéro unique d'enregistrement attribué :

Le demandeur Monsieur Madame

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 Tél. travail
 Mail ⁽¹⁾ : @

ADRESSE OÙ LE COURRIER DOIT VOUS ÊTRE ENVOYÉ

Bâtiment : Escalier : Étage : Appartement :
 Numéro : Voie :
 Lieu-dit :
 Complément d'adresse :
 Code postal : Localité :
 Pays :
 Si vous êtes hébergé(e), personne ou structure hébergeante :

ADRESSE DU LOGEMENT OÙ VOUS VIVEZ ACTUELLEMENT (SI ELLE 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 bail Monsieur Madame

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 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)

Personnes fiscalement à votre charge ou à la charge de votre conjoint ou du futur co-titulaire du bail qui vivent 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"/>

(1) : facultatif

		Date de naissance	Sexe M/F	Lien de parenté parent enfant autre		
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, joignez un tableau 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 : Pays :

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 : Pays :

Si son 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 et de son conjoint	Autre avis d'imposition (concubin ou futur co-titulaire du bail)
Sur les revenus de l'année <input type="text" value="20"/> (année en cours moins 2)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Sur les revenus de l'année <input type="text" value="20"/> (année en cours moins 1) (si vous avez reçu l'avis d'imposition ou de non imposition N-1)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

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

Montant net en euros par mois (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).....	€	€	€
Alloc. d'éducation d'enfant handicapé (AEEH).....	€	€	€
Alloc. journalière de présence parentale (AJPP).....	€	€	€
Revenu de solidarité active (RSA).....	€	€	€
Allocation Jeune enfant (PAJE.).....	€	€	€
Allocation de Minimum Vieillesse.....	€	€	€
Bourse étudiant.....	€	€	€
Autres (hors AL ou APL).....	€	€	€
Pension alimentaire versée.....	-	-	-

Logement actuel (cochez une seule case)

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"/>	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 habitat 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) <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/>	Structure d'hébergement (CHRS, CHU, CADA, autres) <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> Nom de la structure : <input type="text"/>	
Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS) <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/>	Centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> Nom du centre : <input type="text"/>	
Résidence étudiant <input type="checkbox"/>		

Si vous payez un loyer ou une redevance montant mensuel (loyer + charges) : €

Si vous percevez l'AL ou l'APL, montant mensuel : €

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

(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 : (cochez 2 types au plus) : 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

	Communes souhaitées	Arrondissement(s) ou quartier(s) souhaité(s) ⁽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"/>
Choix 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Choix 7	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Choix 8	<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

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

Toute fausse déclaration est passible des peines mentionnées aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal. Les informations figurant sur cet imprimé feront l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à l'article 39 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 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.



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 :	<input type="text" value="J J M M A A A A"/>
Votre handicap est-il reconnu par la Maison départementale des personnes handicapées ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
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 :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>
Mail :	<input type="text" value="@"/>
S'il s'agit d'un organisme, avez-vous élu domicile auprès de lui ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Renseignements concernant votre handicap :		
Nature du handicap	Moteur <input type="checkbox"/> Membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/> Membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/>	Sensoriel <input type="checkbox"/> Déficience auditive <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 (ex : besoins de services de santé de proximité) ?	
<input type="text"/>	
Autres besoins, précisez : <input type="text"/>	

(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.