

**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](http://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 demandeur**Avez-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 <sup>(1)</sup> : @

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 bail**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 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 <sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_

(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 <sup>(1)</sup> :

### 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 <b>par mois</b> (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) .....	€	€	€
<i>Pension alimentaire versée</i> .....	- €	- €	- €

(1) : facultatif





# 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	<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 :	
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 <sup>(1)</sup> :

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 :