

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 vivent dans le logement (hors AL/APL)

Montant net en euros <u>par mois</u> (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) .....	€	€	€
Pension alimentaire versée .....	- €	- €	- €

## Logement actuel (cochez une seule case)

<b>Locataire HLM</b> <input type="checkbox"/> Nom de l'organisme bailleur figurant sur la quittance <sup>(1)</sup> [ ] N° de SIREN de l'organisme bailleur <sup>(1)</sup> [ ]	<b>Sous-locataire ou hébergé dans un logement à titre temporaire</b> <input type="checkbox"/> depuis le [ J ] [ J ] [ M ] [ M ] [ A ] [ A ] [ A ] [ A ] <sup>(2)</sup>	<b>Hébergé chez vos parents ou vos enfants</b> <input type="checkbox"/>  <b>Hébergé chez un particulier</b> <input type="checkbox"/>  <b>Logement de fonction</b> <input type="checkbox"/>  <b>Propriétaire occupant</b> <input type="checkbox"/>  <b>Camping, caravaning</b> <input type="checkbox"/>  <b>Hébergé à l'hôtel</b> <input type="checkbox"/>  <b>Sans abri ou habitat de fortune</b> <input type="checkbox"/>  <b>Occupant sans titre</b> <input type="checkbox"/>  <b>Logé en habitat mobile</b> <input type="checkbox"/>
<b>Locataire parc privé</b> <input type="checkbox"/>	<b>Hébergé dans une structure d'hébergement</b> (CHRS, CHU, CADA, autres) <input type="checkbox"/> depuis le [ J ] [ J ] [ M ] [ M ] [ A ] [ A ] [ A ] [ A ] <sup>(2)</sup>  Nom de la structure [ ]	
<b>Logé en logement-foyer</b> (FJT, FTM, FPA, FPH), <b>en résidence sociale ou en pension de famille</b> (maison-relais) <input type="checkbox"/> depuis le [ J ] [ J ] [ M ] [ M ] [ A ] [ A ] [ A ] [ A ] <sup>(2)</sup>	<b>Hébergé dans un centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel</b> <input type="checkbox"/> depuis le [ J ] [ J ] [ M ] [ M ] [ A ] [ A ] [ A ] [ A ] <sup>(2)</sup>  Nom du centre [ ]	
<b>Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS)</b> depuis le [ J ] [ J ] [ M ] [ M ] [ A ] [ A ] [ A ] [ A ] <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/>		
<b>Résidence étudiant</b> <input type="checkbox"/>		
Si vous payez <b>un loyer</b> ou une <b>redevance</b> montant mensuel (loyer + charges) : [ ][ ][ ][ ][ ] €		
Si vous percevez <b>l'AL</b> ou <b>l'APL</b> montant mensuel : [ ][ ][ ][ ][ ] €		
Combien de personnes habitent dans le logement actuel ? [ ][ ]		
<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 : [ ][ ][ ][ ][ ] 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 : [ ] code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ]		
Pays : [ ]		
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"/>		
<b>Le motif de votre demande (3 motifs maximum. Des justificatifs vous seront demandés). Numérotez par ordre d'importance (1,2,3) vos 3 principaux motifs</b>		
Sans logement ou hébergé ou en logement temporaire <input type="checkbox"/>  Démolition <input type="checkbox"/>  Logement non décent (ne répondant pas aux caractéristiques fixées par le décret n°2002-120 du 30 janvier 2002) <input type="checkbox"/>  Logement insalubre ou dangereux ou local impropre à l'habitation (cave, sous-sol, garage, combles, cabane...) <input type="checkbox"/>  Logement repris ou mis en vente par son propriétaire <input type="checkbox"/>  En procédure d'expulsion <input type="checkbox"/>  Si jugement d'expulsion, date du jugement : [ J ] [ J ] [ M ] [ M ] [ A ] [ A ] [ A ] [ A ] <input type="checkbox"/>  Violences familiales <input type="checkbox"/>  Handicap <input type="checkbox"/>  Raisons de santé <input type="checkbox"/>	Logement trop cher <input type="checkbox"/>  Logement trop grand <input type="checkbox"/>  Divorce, séparation <input type="checkbox"/>  Décohabitation <input type="checkbox"/>  Logement trop petit <input type="checkbox"/>  Futur mariage, concubinage, PACS <input type="checkbox"/>  Regroupement familial <input type="checkbox"/>  Profession du demandeur ou de son conjoint : assistant(e) maternel(le) ou familiale <input type="checkbox"/>  Problèmes d'environnement ou de voisinage <input type="checkbox"/>  Renouvellement urbain <input type="checkbox"/>	Mobilité professionnelle <input type="checkbox"/>  Rapprochement du lieu de travail <input type="checkbox"/>  Rapprochement des équipements et services <input type="checkbox"/>  Rapprochement de la famille <input type="checkbox"/>  Accédant à la propriété en difficulté <input type="checkbox"/>  Autre motif particulier (précisez) : <input type="checkbox"/> [ ] [ ] [ ] [ ]

(1) : facultatif (2) : à renseigner si vous le savez





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) : <input type="checkbox"/>
	- 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 :