

DEMANDE DE LOGEMENT SOCIAL



Article R. 441-2-2 du code de la construction et de l'habitation

Pour déposer une demande de logement social, vous pouvez remplir ce L'enregistrement de votre demande est un droit. La seule condition est la fourniture formulaire et le déposer auprès d'un guichet enregistreur ou enregistrer de la copie d'une pièce d'identité ou d'un titre de séjour (cf notice). Il ne peut pas

directement en ligne votre demande sur le site vous être refusé au motif que vous ne présentez pas d'autres pièces justificatives au www.demande-logement-social.gouv.fr 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 : Nationalité: Date de naissance : Française Union européenne Hors Union européenne Avez-vous un numéro de sécurité sociale ? : Oui 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 (1): 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 : Étage: Appartement Bâtiment: Escalier: Numéro: Voie: Lieu-dit: Complément d'adresse : Localité : Code postal: Pays: **ADRESSE DU** OGEMENT OÙ VOUS VIVEZ ACTUELLEMENT Bâtiment: **Fscalier** Étage : Appartement Numéro: Voie Lieu-dit: Complément d'adresse : Localité Code postal: Pays: Si vous êtes hébergé(e) personne ou structure hébergeante: Votre conjoint ou le futur co-titulaire du bail Madame Monsieur Nom d'usage ou d'époux(se) : Nom de naissance (si différent) : Prénom: Date de naissance : 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: (s'il y a d'autres futurs co-titulaires du bail, donnez Lien avec le demandeur : Conjoint Pacsé(e) Concubin(e) Co-locataire les informations sur une feuille complémentaire) @

Mail personnel

du bail qui vivront dans le logem	ent	votre conjoint ou du	Tutui (o-iiiuiaii	
		date de naissance	Sexe M/F	Lien de parent en	
1 Nom Prénom					
2 Nom					
Prénom					
3 Nom					
Prénom			Ш		
4 Nom					
Prénom					
5 Nom					
Prénom					
6 Nom					
Prénom 7 Nom					
Prénom					
8 Nom					
Prénom					
(s'il y a plus de 8 personnes à charge, donnez les	s informations sur une feuille complé	mentaire)			
Si naissance attendue	Date de naissance prévue				
Enfants en garde alternée ne figurant pas dans le ou enfants en droit de visite	es personnes fiscalement à charge	date de naissance	Sexe M/F	Garde alternée	Droit de visite
1 Nom					
Prénom			Ш		
2 Nom					
Prénom					
Nom Prénom					
4 Nom					
Prénom					
Situation professionnelle					
LE DEMANDEUR					
Profession:					
CDI CDD, stage, intérim	Artisan, commerç	ant, profession libérale		Agent po	ublic
Chômage Apprenti Étudi	iant Retraité A	uutre			
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 (1):					

(1): facultatif

VOTRE CONJOINT OU LE FUTUR CO-TITULAIRE	VOTRE CONJOINT OU LE FUTUR CO-TITULAIRE DU BAIL				
Profession: CDI CDD, stage, intérim Chômage Apprenti Étudiant 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 (¹):	Artisan, o	commerçar Aut	nt, profession libérale		Agent public
Revenu fiscal de référence		du dem	d'imposition nandeur et de conjoint	Autre avis d (concubin ou fu du b	ıtur c o-titulaire
Sur les revenus de l'année 2 0 (année en cours m	oins 2)		€		€
Sur les revenus de l'année 20 (année en cours m (si vous avez reçu l'avis d'imposition ou de non imposition			€		€
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 <u>par mois</u> (sans les centimes)	Demandeur		Conjoint ou concubir et/ou futur co-titulaire du bail	à charge du d conjoint, du co	oncubin ou du pail (autres que poncubin ou futur
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		€	€		€
Prime d'activité		_			

(1): facultatif

Logement actuel (cochez une seule case)						
Locataire HLM Nom de l'organisme bailleur figurant sur la quittance (1)	Sous-locataire ou hébergé dans un logement à titre temporaire depuis le	Hébergé chez vos parents ou vos enfants				
N° de SIREN de l'organisme bailleur (1)	Hébergé dans une structure d'hébergement (CHRS,CHU,CADA, autres)	Hébergé chez un particulier Logement de fonction				
Locataire parc privé	Nom de la structure	Propriétaire occupant Camping, caravaning				
Logé en logement-foyer (FJT, FTM, FPA, FPH), en résidence sociale ou en pension de famille (maison-relais) depuis le Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS)	Hébergé dans un centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel depuis le Nom du centre	Hébergé à l'hôtel Sans abri ou habitat de fortune Occupant sans titre				
Résidence étudiant		Logé en habitat mobile				
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 a	ctuel ? Catégorie : Appartement	Maison				
Type de logement : Chambre T1 T2						
Êtes-vous (ou votre conjoint ou le futur co-titulaire du bail) propriétaire d'un logement autre que celui que vous habitez ? Oui						
Si oui : Commune :		code postal :				
Pays:		_				
Type de logement : Chambre T1	T2 T3 T4 T5	T6 et plus				
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						
Sans logement ou hébergé ou en logement temporaire Démolition Logement non décent (ne répondant pas aux caractéristiques fixées par le décret n°2002-120 du 30 janvier 2002) Logement insalubre ou dangereux ou local impropre à l'habitation (cave, sous-sol, garage, combles, cabane) Logement repris ou mis en vente par son propriétaire En procédure d'expulsion Si jugement d'expulsion, date du jugement : Violences familiales	Logement trop grand Divorce, séparation Décohabitation Logement trop petit Futur mariage, concubinage, PACS Rap Rap et s Acc en c Acc en c Aut	pprochement du lieu de travail pprochement des équipements ervices pprochement de la famille édant à la propriété difficulté re motif particulier ecisez) :				
Handicap Raisons de santé						

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

Le logement que vous recherchez		
Appartement Maison Indifférent	Souhaitez-vous un parking ? Oui Non	
Type de logement Chambre (cochez 2 types au plus) : dans une colocation T1	T2 T3 T4 T5 T6 et plus	
Acceptez-vous un logement en rez-de-chaussée ? Oui Non Non	Acceptez-vous un logement sans ascenseur? Oui Non	
Montant maximum de la dépense de logement (loyer + charges) que vous	s êtes prêt(e) à supporter :	
Si vous-même ou l'une des personnes à loger est handicapée ou âgée en		
	ssez le complément à la demande prévu à cet effet.	
LOCALISATION SOUHAITÉE	Arrandiscoment/a) ou quertier/a) coulecité/a)	
Commune(s) souhaitée(s)	Arrondissement(s) ou quartier(s) souhaité(s)	
choix 1 choix 2 choix 3 choix 4 choix 5 choix 6 choix 7 choix 8		
Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres communes de l (métropole, communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes) o		
Précisions complémentaires		
Souhaitez-vous effectuer le renouvellement de votre demande par voie él Si oui, vous recevrez le formulaire de renouvellement à l'adresse électron		
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 renseignement fournis.		
	le JJMMAAAA	

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 ou sur le site www.demande-logement-social.gouv.fr. 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) 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 ser	Vice Numéro de dossier :		
La personne handicapé	e		
Votre date de naissance :	JJMMAAAA		
Votre handicap est-il reconnu	par la Maison départementale des personnes handicapées ? Oui Non		
	julier avec un référent de la Maison départementale des personnes handicapées une association (d'aide aux personnes handicapées ou d'aide à domicile), merci ordonnées professionnelles :		
Nom :			
Adresse :			
Téléphone : Mail :	@		
S'il s'agit d'un organisme, ave	ez-vous élu domicile auprès de lui ? Oui Non		
Renseignements conce	rnant votre handicap :		
Nature du handicap	Moteur Membre(s) supérieur(s) Membre(s) inférieur(s) Déficience auditive Déficience visuelle Autre Merci de préciser :		
Votre handicap est-il ?	Stabilisé Evolutif		
Volte Halluloap CSt II :	Aucune Fauteuil roulant manuel		
Besoins en aides	Fauteuil roulant électrique		
techniques	Autres aides techniques (merci de préciser) :		
- ",	Impossible 1 étage - Lit médicalisé		
Capacité à monter des marches	1 à 3 marches Plus d'un étage		
Tierce personne	Présence d'une tierce personne (aide à domicile, aide soignante, veille de nuit)		
Renseignements concernant le logement : Merci de préciser les équipements dont vous avez impérativement besoin (1) :			
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 largueur adaptée (3m30)		
Avez-vous des besoins particuliers o	quant à la localisation du logement et à son environnement (ex : besoins de services de santé de proximité) ?		
Autres besoins, précisez :			