

# 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 : 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 : 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<br>M/F | Lien de parenté |        |       |
|---|--------|-------------------|-------------|-----------------|--------|-------|
|   |        |                   |             | parent          | enfant | autre |
| 1 | Nom    |                   |             |                 |        |       |
|   | Prénom |                   |             |                 |        |       |
| 2 | Nom    |                   |             |                 |        |       |
|   | Prénom |                   |             |                 |        |       |
| 3 | Nom    |                   |             |                 |        |       |
|   | Prénom |                   |             |                 |        |       |
| 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 informations sur une feuille complémentaire)

Si naissance attendue Date de naissance prévue

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    |  |  |  |  |
|   | Prénom |  |  |  |  |
| 2 | Nom    |  |  |  |  |
|   | Prénom |  |  |  |  |
| 3 | Nom    |  |  |  |  |
|   | Prénom |  |  |  |  |
| 4 | Nom    |  |  |  |  |
|   | 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> :



## 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  
(concubin 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 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) .....

€

€

€

€

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"/><br>Nom de l'organisme bailleur figurant sur la quittance <sup>(1)</sup>                                                  | <b>Sous-locataire ou hébergé dans un logement à titre temporaire</b> <input type="checkbox"/><br>depuis le <sup>(2)</sup>                         | <b>Hébergé chez vos parents ou vos enfants</b> <input type="checkbox"/> |
| N° de SIREN de l'organisme bailleur <sup>(1)</sup>                                                                                                                     | <b>Hébergé dans une structure d'hébergement (CHRS, CHU, CADA, autres)</b> <input type="checkbox"/><br>depuis le <sup>(2)</sup>                    | <b>Hébergé chez un particulier</b> <input type="checkbox"/>             |
| <b>Locataire parc privé</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                   | Nom de la structure                                                                                                                               | <b>Logement de fonction</b> <input type="checkbox"/>                    |
| <b>Logé en logement-foyer (FJT, FTM, FPA, FPH), en résidence sociale ou en pension de famille (maison-relais)</b> <input type="checkbox"/><br>depuis le <sup>(2)</sup> | <b>Hébergé dans un centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel</b> <input type="checkbox"/><br>depuis le <sup>(2)</sup> | <b>Propriétaire occupant</b> <input type="checkbox"/>                   |
| <b>Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS)</b> <input type="checkbox"/><br>depuis le <sup>(2)</sup>                                                              | Nom du centre                                                                                                                                     | <b>Camping, caravanning</b> <input type="checkbox"/>                    |
| <b>Résidence étudiant</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"/>                  |

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 :

m<sup>2</sup>

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 ☐

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<br>ou en logement temporaire <input type="checkbox"/>                                                                | Logement trop cher <input type="checkbox"/>                                                                        | Mobilité 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 (ne répondant pas<br>aux caractéristiques fixées par le décret<br>n°2002-120 du 30 janvier 2002) <input type="checkbox"/> | Divorce, séparation <input type="checkbox"/>                                                                       | Rapprochement des équipements<br>et services <input type="checkbox"/> |
| Logement insalubre ou dangereux<br>ou local impropre à l'habitation<br>(cave, sous-sol, garage, combles, cabane...) <input type="checkbox"/>  | Décohabitation <input type="checkbox"/>                                                                            | Rapprochement de la famille <input type="checkbox"/>                  |
| Logement repris ou mis en vente<br>par son propriétaire <input type="checkbox"/>                                                              | Logement trop petit <input type="checkbox"/>                                                                       | Accédant à la propriété<br>en difficulté <input type="checkbox"/>     |
| En procédure d'expulsion <input type="checkbox"/>                                                                                             | Futur mariage, concubinage,<br>PACS <input type="checkbox"/>                                                       | Autre motif particulier<br>(précisez) : <input type="checkbox"/>      |
| Si jugement d'expulsion,<br>date du jugement : <input type="text"/>                                                                           | Regroupement familial <input type="checkbox"/>                                                                     |                                                                       |
| Violences familiales <input type="checkbox"/>                                                                                                 | Profession du demandeur<br>ou de son conjoint : assistant(e)<br>maternel(le) ou familiale <input type="checkbox"/> |                                                                       |
| Handicap <input type="checkbox"/>                                                                                                             | Problèmes d'environnement<br>ou de voisinage <input type="checkbox"/>                                              |                                                                       |
| Raisons de santé <input type="checkbox"/>                                                                                                     | Renouvellement urbain <input type="checkbox"/>                                                                     |                                                                       |



| Le logement que vous recherchez                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Appartement <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Indifférent <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                     | Souhaitez-vous un parking ?      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                |
| Type de logement (cochez 2 types au plus) :              Chambre dans une colocation <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"/> |                                                                                                           |
| Acceptez-vous un logement en rez-de-chaussée ?      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                 | Acceptez-vous un logement sans ascenseur ?      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Montant maximum de la dépense de logement (loyer + charges) que vous êtes prêt(e) à supporter : <input type="text"/> €                                                                                                                                                                        |                                                                                                           |
| Si vous-même ou l'une des personnes à loger est handicapée ou âgée en perte d'autonomie, et que le logement que vous recherchez doit être adapté à ce handicap, cochez la case <input type="checkbox"/> et remplissez le complément à la demande prévu à cet effet.                           |                                                                                                           |
| LOCALISATION SOUHAITÉE                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                           |
| Commune(s) souhaitée(s)                                                                                                                                                                                                                                                                       | Arrondissement(s) ou quartier(s) souhaité(s)                                                              |
| choix 1<br>choix 2<br>choix 3<br>choix 4<br>choix 5<br>choix 6<br>choix 7<br>choix 8                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                           |
| Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres communes de l'agglomération (métropole, communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes) ou arrondissements ou quartiers de la ville ?      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                            |                                                                                                           |
| Précisions complémentaires                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                           |
| Souhaitez-vous effectuer le renouvellement de votre demande par voie électronique ?      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                                                                                                                                            |                                                                                                           |
| 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 <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                           |



# 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 :

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 :

Merçi de préciser les équipements dont vous avez impérativement besoin <sup>(1)</sup> :

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

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.