



## LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR L'INSTRUCTION DE LA DEMANDE DE LOGEMENT LOCATIF SOCIAL

**Ces pièces devant être conservées dans votre dossier, merci de fournir des PHOTOCOPIES.  
tout dossier incomplet ne pourra être présenté en commission d'attribution.**

### IDENTITÉ DU OU DES CANDIDATS(S)

- Photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité ou titre de séjour en cours de validité pour chacune des personnes majeures à loger

### REVENU FISCAL DE RÉFÉRENCE DES PERSONNES APPELÉES À VIVRE AU FOYER

- Photocopie de dernier avis d'imposition ou de non-imposition des personnes vivant au foyer

### Attestation de l'employeur du candidat

#### CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

L'employeur désigné ci-après.....

Adresse complète : .....

Code postal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ville : .....

Nom de la personne responsable du 1% : .....

et coordonnées téléphoniques : .....

Certifie que M, Mme, Mlle : ..... employé(e) depuis le : .....

En qualité de : .....

Dans le cadre d'un contrat  à durée déterminée  
 à durée indéterminée du ..... au.....

Nombre de salariés :  < à 20 salariés  > à 20 salariés

ATTESTE que l'entreprise cotise au 1% patronal :  OUI  NON

Si oui, organisme collecteur : .....

L'entreprise donne-t-elle son accord pour qu'un logement soit proposé par le collecteur 1% ?  
 OUI  NON

Cachet de l'entreprise et signature

#### CADRE RÉSERVÉ AU CANDIDAT *Si l'entreprise donne son accord*

Avez-vous déposé une demande auprès du collecteur 1% :  OUI  NON

Si oui (joindre attestation d'enregistrement)

Date de dépôt: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date du dernier renouvellement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (le cas échéant)

Fait à ..... le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du candidat

### Attestation de l'employeur du conjoint ou futur co-titulaire du bail

#### CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

L'employeur désigné ci-après.....

Adresse complète : .....

Code postal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ville : .....

Nom de la personne responsable du 1% : .....

et coordonnées téléphoniques : .....

Certifie que M, Mme, Mlle : ..... employé(e) depuis le : .....

En qualité de : .....

Dans le cadre d'un contrat  à durée déterminée  
 à durée indéterminée du ..... au.....

Nombre de salariés :  < à 20 salariés  > à 20 salariés

ATTESTE que l'entreprise cotise au 1% patronal :  OUI  NON

Si oui, organisme collecteur : .....

L'entreprise donne-t-elle son accord pour qu'un logement soit proposé par le collecteur 1% ?  
 OUI  NON

Cachet de l'entreprise et signature

#### CADRE RÉSERVÉ AU CANDIDAT *Si l'entreprise donne son accord*

Avez-vous déposé une demande auprès du collecteur 1% :  OUI  NON

Si oui (joindre attestation d'enregistrement)

Date de dépôt: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date du dernier renouvellement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (le cas échéant)

Fait à ..... le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du candidat



# 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 enregistrateur 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 :

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:

Vous êtes hébergé(e) par : Monsieur  Madame

## Votre conjoint ou le futur co-titulaire du bail

Nom d'usage ou d'époux(se) :

Nom de naissance (si différent) :

Prénom :

Date de naissance :

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  @

Mail personnel :

(s'il y a d'autres futurs co-titulaires du bail, donnez les informations sur une feuille complémentaire)

(1) : facultatif

**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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Nom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Nom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Nom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Nom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Nom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Nom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Nom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*(s'il y a plus de 8 personnes à charge, donnez les informations sur une feuille complémentaire)*

	Si naissance attendue	Date de naissance prévue	date de naissance	Sexe M/F	Garde alternée	Droit de visite
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Situation professionnelle**

**LE DEMANDEUR**

Profession :

CDI       CDD, stage, interim       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 (concubin ou futur co-titulaire du bail)
Sur les revenus de l'année <b>2 0</b>	(année en cours moins 2)	€	€
Sur les revenus de l'année <b>2 0</b>	(année en cours moins 1) <i>(si vous avez reçu l'avis d'imposition ou de non imposition N-1)</i>	€	€

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

	Demandeur	Conjoint ou concubin et/ou futur co-titulaire du bail	Autres personnes fiscales 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)
Montant net en euros <b>par mois</b> (sans les centimes)			
Salaires 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

## Logement actuel (cochez une seule case)

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

Si vous payez un <b>loyer</b> ou une <b>redevance</b> montant mensuel (loyer + charges) : € _____	Si vous percevez l' <b>IAL</b> ou l' <b>APL</b> 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 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 aux caractéristiques fixées par le décret n°2002-120 du 30 janvier 2002) <input type="checkbox"/>	Divorce, séparation <input type="checkbox"/>	Rapprochement des équipements et services <input type="checkbox"/>
Logement insalubre ou dangereux ou local impropre à l'habitation (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 par son propriétaire <input type="checkbox"/>	Logement trop petit <input type="checkbox"/>	Accédant à la propriété en difficulté <input type="checkbox"/>
En procédure d'expulsion <input type="checkbox"/>	Futur mariage, concubinage, PACS <input type="checkbox"/>	Autre motif particulier (précisez) : <input type="checkbox"/>
Si jugement d'expulsion, date du jugement : _____ <input type="checkbox"/>	Regroupement familial <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
Violences familiales <input type="checkbox"/>	Profession du demandeur ou de son conjoint : assistant(e) maternel(les) ou familiale <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
Handicap <input type="checkbox"/>	Problèmes d'environnement ou de voisinage <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
Raisons de santé <input type="checkbox"/>	Renouvellement urbain <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>



# 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"/>	Membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/>	Membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/>	<b>Sensoriel</b> <input type="checkbox"/>	Déficience auditive <input type="checkbox"/>	Déficience visuelle <input type="checkbox"/>
	<b>Autre</b> <input type="checkbox"/>	Merci de préciser : <input type="text"/>				
Votre handicap est-il ?	Stabilisé <input type="checkbox"/>	Évolutif <input type="checkbox"/>				
Besoins en aides techniques	Aucune	Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/>	Autres aides techniques (merci de préciser) : <input type="text"/>		
	Canne, Béquille <input type="checkbox"/>	Déambulateur <input type="checkbox"/>	- Lève personne <input type="checkbox"/>	- Lit médicalisé <input type="checkbox"/>		
Capacité à monter des marches	Impossible <input type="checkbox"/>	1 à 3 marches <input type="checkbox"/>	1 étage <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 :

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