Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Ministère chargé du logement

Demande de logement social

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

cerfa
N° 14069*01

Cadre réservé au service

Numéro de dossier :

Avez-vous déjà déposé une demande de logement locatif social ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, numéro d'enregistrement attribué :

Le demandeur

Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : J J M M A A A A Nationalité : Française ☐ Union européenne ☐ Hors Union européenne ☐

Situation familiale : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Tél. : Domicile Portable Travail

Mél.(1) : @ .

ADRESSE OÙ LE COURRIER DOIT VOUS ÊTRE ENVOYÉ

Batîment : Escalier : Étage : Appartement :

Numéro : Voie :

Code postal : Localité :

Si vous êtes hébergé(e), personne ou structure hébergeante :

ADRESSE DU LOGEMENT OU VOUS VIVEZ ACTUELLEMENT (SI ELLE EST DIFFÉRENTE)

Batîment : Escalier : Étage : Appartement :

Numéro : Voie :

Code postal : Localité :

Si vous êtes hébergé(e), personne ou structure hébergeante :

Votre conjoint ou le futur co-titulaire du bail

Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : J J M M A A A A Nationalité : Française ☐ Union européenne ☐ Hors Union européenne ☐

Situation familiale : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Tél. : Domicile Portable 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)

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 / Prénom	J J M M A A A A		☐	☐	☐
2	Nom / Prénom	J J M M A A A A		☐	☐	☐
3	Nom / Prénom	J J M M A A A A		☐	☐	☐
4	Nom / Prénom	J J M M A A A A		☐	☐	☐

(1) : facultatif

		Date de naissance	Sexe M/F	Lien de parenté parent	enfant	autre
5	Nom / Prénom	J J M M A A A A		☐	☐	☐
6	Nom / Prénom	J J M M A A A A		☐	☐	☐
7	Nom / Prénom	J J M M A A A A		☐	☐	☐
8	Nom / Prénom	J J M M A A A A		☐	☐	☐

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

Si naissance attendue, nombre d'enfants à naître ? ☐ Date de naissance prévue : J J M M A A A A

Si vous avez des enfants en garde alternée ou en droit de visite :		Date de naissance	Sexe M/F	Garde alternée	Droit de visite		Date de naissance	Sexe M/F	Garde alternée	Droit de visite
	1er enfant	J J M M A A A A		☐	☐	3ème enfant	J J M M A A A A		☐	☐
	2ème enfant	J J M M A A A A		☐	☐	4ème enfant	J J M M A A A A		☐	☐

Situation professionnelle

LE DEMANDEUR

Profession :

CDI (ou fonctionnaire) ☐ CDD, stage, intérim ☐ Artisan, commerçant, profession libérale ☐

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 :

Si votre employeur cotise à un (ou des) organisme(s) collecteur(s) du 1% logement (Action logement), indiquez son nom :

LE CONJOINT OU LE FUTUR CO-TITULAIRE DU BAIL

Profession :

CDI (ou fonctionnaire) ☐ CDD, stage, intérim ☐ Artisan, commerçant, profession libérale ☐

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 :

Si l'employeur cotise à un (ou des) organisme(s) collecteur(s) du 1% logement (Action logement), indiquez son nom :

Revenu fiscal de référence

	Avis d'imposition **du demandeur**	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 ou du futur co-titulaire du bail et des personnes fiscalement à charge qui vivront dans le logement

Montant net en euros par mois (sans les centimes)	Demandeur	Conjoint ou futur co-titulaire du bail	**Total** des personne(s) fiscalement à charge
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	€	€	€
Autres (hors APL ou AL)	€	€	€
- *Pension alimentaire versée*	- €	- €	- €

Logement actuel

Locataire HLM ☐
Nom de l'organisme bailleur :

Locataire parc privé ☐

Résidence sociale ou foyer (FJT,FTM, FPA, FPH) **ou pension de famille** (maison relais, résidence d'accueil) ☐
Depuis le J J M M A A A A (2)

Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS) ☐
Depuis le J J M M A A A A (2)

Résidence étudiant ☐

Sous-locataire ou hébergé dans un logement à titre temporaire ☐
Depuis le J J M M A A A A (2)

Structure d'hébergement (CHRS, CHU, CADA, CPH, autres) ☐
Depuis le J J M M A A A A (2)
Nom de la structure :

Centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel ☐
Depuis le J J M M A A A A (2)
Nom du centre :

Chez vos parents ou vos enfants ☐

Chez un particulier ☐

Logé à titre gratuit ☐

Logement de fonction ☐

Propriétaire occupant ☐

Camping, caravaning ☐

Logé dans un hôtel ☐

Sans abri ou abri de fortune ☐

Dans un squat ☐

Si vous payez **un loyer** ou **une redevance**, montant mensuel (avec 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 : m²

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 :

Type de logement : Chambre ☐ T1 ☐ T2 ☐ T3 ☐ T4 ☐ T5 ☐ T6 et plus ☐

(2) : à renseigner si vous le savez

Motif de votre demande

Numérotez par ordre d'importance (1,2,3) vos 3 principaux motifs

- Sans logement ou hébergé ou en logement temporaire
- Démolition
- Logement non décent, 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 : J J M M A A A A
- Violences familiales
- Handicap
- Raisons de santé
- Logement trop cher
- Logement trop grand
- Divorce, séparation
- Décohabitation
- Logement trop petit
- Futur mariage, concubinage, PACS
- Regroupement familial
- Assistant(e) maternel(le) ou familiale
- Problèmes d'environnement ou de voisinage
- Mutation professionnelle
- Rapprochement du lieu de travail
- Rapprochement des équipements et services
- Rapprochement de la famille
- Accédant à la propriété en difficulté
- Autre motif particulier *(précisez) :*

Le logement que vous recherchez

Appartement ☐ Maison ☐ Indifférent ☐ | Souhaitez-vous un parking ? Oui ☐ Non ☐

Type de logement : Chambre ☐ T1 ☐ T2 ☐ T3 ☐ T4 ☐ T5 ☐ T6 et plus ☐

Acceptez-vous : un logement en rez-de-chaussée ? Oui ☐ Non ☐ | Acceptez-vous : un logement sans ascenseur ? Oui ☐ Non ☐

Montant maximum de la dépense de logement (loyer + charges) que vous êtes prêt(e) à supporter : €

LOCALISATION SOUHAITÉE

	Commune souhaitée	Quartier ou arrondissement souhaité (1)
Choix 1		
Choix 2		
Choix 3		
Choix 4		
Choix 5		

Acceptez-vous que votre demande soit élargie aux autres communes de l'agglomération (communauté urbaine ou d'agglomération ou de communes) ? Oui ☐ Non ☐

Si vous-même ou l'une des personnes à loger est handicapé(e) et si le logement que vous recherchez doit être adapté à ce handicap, cochez la case ☐ et remplissez le complément à la demande prévu à cet effet.

Précisions complémentaires

Souhaitez-vous effectuer le renouvellement de votre demande par voie électronique ? Oui ☐ Non ☐

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 J J M M A A A A

(1) : facultatif

Les informations figurant sur cet imprimé feront l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à l'article 40 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 et les rectifier auprès du service qui a enregistré votre demande. 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.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Ministère chargé du logement

Complément à la demande de logement social
Logements adaptés au(x) handicap(s)

Un questionnaire doit être renseigné pour chacune des personnes (demandeur, conjoint ou co-titulaire du bail, personnes fiscalement à charge) dont le handicap 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	**Moteur** ☐ Membre(s) supérieur(s) ☐ Membre(s) inférieur(s) ☐	**Sensoriel** ☐ Déficience auditive ☐ Déficience visuelle ☐
	Autre ☐ Merci de préciser :	
Votre handicap est-il ?	Stabilisé ☐	Evolutif ☐
Besoins en aides techniques	Aucune ☐ Canne, Béquille ☐ Déambulateur ☐	Fauteuil roulant manuel ☐ Fauteuil roulant électrique ☐ Autres aides techniques (merci de préciser) : ☐ - Lève personne ☐ - Lit médicalisé ☐
Capacité à monter des marches	Impossible ☐ 1 à 3 marches ☐	1 étage ☐ 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 ☐

WC avec espace de transfert ☐ Ascenseur ☐

Chambre avec une tierce personne (aide à domicile,aide soignante, veille de nuit). ☐

Place de stationnement accessible et de largeur adaptée (3m30) ☐

Avez-vous des besoins particuliers quant à la localisation du logement et à son environnement (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.