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*02
ALN59

Cadre réservé au service

Numéro de dossier :

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

Le demandeur

Monsieur ☐ Madame ☐

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 Tél. travail

Mail (1) : @ .

ADRESSE OÙ LE COURRIER DOIT VOUS ÊTRE ENVOYÉ

Bâtiment : Escalier : Étage : Appartement :

Numéro : Voie :

Lieu-dit :

Complément d'adresse :

Code postal : Localité :

Pays :

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

ADRESSE DU LOGEMENT OÙ VOUS VIVEZ ACTUELLEMENT (SI ELLE 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 :

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 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)

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		☐ ☐ ☐

(1) : facultatif

		Date de naissance	Sexe M/F	Lien de parenté parent enfant autre
3	Nom / Prénom	J J M M A A A A		
4	Nom / Prénom	J J M M A A A A		
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, joignez un tableau 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 : Pays :

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 : Pays :

Si son 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 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 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)	€	€	€
Alloc. d'éducation d'enfant handicapé (AEEH)	€	€	€
Alloc. journalière de présence parentale (AJPP)	€	€	€
Revenu de solidarité active (RSA)	€	€	€
Allocation Jeune enfant (PAJE.)	€	€	€
Allocation de Minimum Vieillesse	€	€	€
Bourse étudiant	€	€	€
Autres (hors AL ou APL)	€	€	€
- *Pension alimentaire versée*	- €	- €	- €

Logement actuel (cochez une seule case)

Locataire HLM ☐
Nom de l'organisme bailleur :

Locataire parc privé ☐

Résidence sociale ou foyer (FJT,FTM, FPA, FPH) **ou pension de famille** (maison-relais) ☐
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, 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 habitat de fortune ☐
Dans un squat ☐

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 : 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 :

Pays :

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 : (cochez 2 types au plus) : 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

	Communes souhaitées	Arrondissement(s) ou quartier(s) souhaité(s) (1)
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'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

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. 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)

cerfa
N°14069*02

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 ☐	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 :

(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.