

**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 :  JJMM AAAA 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**

Bâtiment :  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)**

Bâtiment :  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 :  JJMM AAAA 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 <input type="text"/> Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/> JJMM AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/> JJMM AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/> JJMM AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/> JJMM AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(1) : facultatif

**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 <input type="checkbox"/> Nom de l'organisme bailleur : <input type="text"/>	Sous-locataire ou hébergé dans un logement à titre temporaire <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> (2)	Chez vos parents ou vos enfants <input type="checkbox"/> Chez un particulier <input type="checkbox"/> Logé à titre gratuit <input type="checkbox"/> Logement de fonction <input type="checkbox"/> Propriétaire occupant <input type="checkbox"/> Camping, caravanning <input type="checkbox"/> Logé dans un hôtel <input type="checkbox"/> Sans abri ou abri de fortune <input type="checkbox"/> Dans un squat <input type="checkbox"/>
Locataire parc privé <input type="checkbox"/> Résidence sociale ou foyer (FJT,FTM, FPA, FPH) ou pension de famille (maison relais, résidence d'accueil) <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> (2)	Structure d'hébergement (CHRS, CHU, CADA, CPH, autres) <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> (2) Nom de la structure : <input type="text"/>	
Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS) <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> (2)	Centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="text"/> (2) Nom du centre : <input type="text"/>	
Résidence étudiant <input type="checkbox"/>		
Si vous payez un loyer ou une redevance, montant mensuel (avec charges) : <input type="text"/> €	Si vous percevez l'AL ou l'APL, montant mensuel : <input type="text"/> €	
Combien de personnes habitent dans le logement actuel ? <input type="text"/>	Catégorie : Appartement <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/>	
Type de logement : Chambre <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"/>	Surface : <input type="text"/> 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui : Commune : <input type="text"/> Code postal : <input type="text"/>		
Type de logement : Chambre <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"/>		

(2) : à renseigner si vous le savez



# 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 :

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 : <input type="text"/>	
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) : - 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 :

Merci de préciser les équipements dont vous avez impérativement besoin :

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 (besoins de services de santé de proximité) ?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Autres besoins, précisez :





## PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE AU DOSSIER

*(Fournissez les pièces qui vous concernent)*

- Copie C.I ou passeport en cours
- Copie du titre de séjour en règle pour les étrangers
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition pour chacun des conjoints.
- Copie des trois derniers bulletins de salaire pour les salariés.
- Copie du dernier relevé ASSEDIC, relevé CAF ou décompte de retraite pour les chômeurs indemnisés, les RMIstes, les handicapés ou retraités.
- Copie des deux derniers bilans d'activité pour les artisans ou commerçants.
- Dernière notification de la CAF pour les personnes bénéficiant des Prestations familiales.
- Livret de famille ou actes de naissance
- Certificats de scolarité pour les enfants scolarisés.
- Pièce officielle justifiant une séparation ou un divorce.
- Dernière quittance de loyer ou attestation de domicile pour les personnes hébergées par un tiers.



\* **Votre demande doit être retournée correctement remplie et signée.**

\* **Votre demande a une durée de validité de 12 mois et doit être renouvelée un mois avant la date d'expiration, sans quoi votre demande ne sera plus valable.**

\* **Une fois votre demande enregistrée à la SIMKO, vous recevrez un récépissé vous indiquant votre numéro d'enregistrement.**