

Ce dossier d'inscription nous permet de mieux connaître vos difficultés de santé et permet ainsi de pouvoir présenter votre candidature à une proposition de logement qu'un réservataire (Bailleur Social, Mairie, Action Logement – 1% patronal et Services de l'Etat) nous mettrait à disposition.

Avez-vous déjà été inscrit au Pôle Logement du GIHP : Oui Non

Dossier d'inscription renseigné par :

Le demandeur Conjoint Enfant Parent Colocataire Curateur/Tuteur

DEMANDE DE LOGEMENT SOCIAL

Numéro Unique D'enregistrement (18 caractères) : _____

Nombre de personnes en situation de handicap au sein du foyer ? 1 2 Plus Combien :

	DEMANDEUR	CO-DEMANDEUR
	M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>
Nom d'usage :		
Nom de naissance :		
Prénom :		
Date de naissance :		
N° de Sécurité Sociale	_____	_____
Nationalité :	Française <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Hors UE <input type="checkbox"/>	Française <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Hors UE <input type="checkbox"/>
Adresse complete :		
Téléphone :	Fixe : Portable :	Fixe : Portable :
Mail :		
Situation de famille :	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/>
Situation de handicap :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Autres personnes présentes dans le logement :

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE	HANDICAP OU PERTE D'AUTONOMIE	LIEN DE PARENTE
1				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
2				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
3				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
4				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>

HANDICAP / PERTE D'AUTONOMIE DE LA 1^{ère} PERSONNE PRESENTE AU FOYER

Monsieur Madame NOM : Prénom :

Lien avec demandeur : Moi-même Conjoint Enfant Parent Colocataire

Nature du handicap :

Moteur <input type="checkbox"/> : - Membres supérieurs <input type="checkbox"/> - Membres inférieurs <input type="checkbox"/>	Sensoriel <input type="checkbox"/> : - Déficience auditive <input type="checkbox"/> - Déficience visuelle <input type="checkbox"/>
Psychique <input type="checkbox"/>	Cognitive ou mentale <input type="checkbox"/>
Maladie invalidante <input type="checkbox"/>	Perte d'autonomie <input type="checkbox"/> (pour les personnes de plus de 60 ans) Si reconnaissance GIR, préciser le niveau :
Autre <input type="checkbox"/> : Merci de préciser :	

Votre handicap est : Stabilisé Evolutif

Taux d'incapacité : < 80% > 80% Reconnaissance MDPH : Oui Non En cours

RQTH : Oui Non

Carte mobilité inclusion :

Mention « invalidité » Avec besoin d'accompagnement Oui Non

Mention « priorité pour personnes handicapées »

Mention « stationnement pour personnes handicapées »

Présence d'une tierce personne : Oui Non

Nombre d'heures d'aides humaines mensuelles : Heures. Présence la nuit : Oui Non

Capacités motrices :

- Si vous marchez, quel est votre périmètre de marche en mètres : mètres.
- Déplacements dans le logement :
Sans appareillage Avec appareillage (Préciser ci-dessous)
Canne / Béquilles Déambulateur Fauteuil roulant manuel Fauteuil roulant électrique
- Monter des marches :
Impossible Plusieurs marches un étage plusieurs étages
Si oui, avec main-courante/rampe : Oui Non
- Transfert WC :
Seul (e) Avec aide humaine Avec matériel Préciser :
- Si utilisation d'une baignoire :
Le transfert se réalise seul(e) Avec aide humaine Avec matériel Préciser :
- Capacité à ouvrir une porte d'immeuble : Oui Non
Une porte de logement : Oui Non
- Utilisez-vous d'autres appareillages/aides techniques :
Lève personne Lit médicalisé Appareil respiratoire Siège de douche
Autres Préciser :

HANDICAP / PERTE D'AUTONOMIE DE LA 2^{ème} PERSONNE PRESENTE AU FOYER

Monsieur Madame NOM : Prénom :

Lien avec demandeur : Moi-même Conjoint Enfant Parent Colocataire

Nature du handicap :

Moteur <input type="checkbox"/> : - Membres supérieurs <input type="checkbox"/> - Membres inférieurs <input type="checkbox"/>	Sensoriel <input type="checkbox"/> : - Déficience auditive <input type="checkbox"/> - Déficience visuelle <input type="checkbox"/>
Psychique <input type="checkbox"/>	Cognitive ou mentale <input type="checkbox"/>
Maladie invalidante <input type="checkbox"/>	Perte d'autonomie <input type="checkbox"/> (pour les personnes de plus de 60 ans) Si reconnaissance GIR, préciser le niveau :
Autre <input type="checkbox"/> : Merci de préciser :	

Votre handicap est : Stabilisé Evolutif

Taux d'incapacité : < 80% > 80% Reconnaissance MDPH : Oui Non En cours

RQTH : Oui Non

Carte mobilité inclusion :

Mention « invalidité » Avec besoin d'accompagnement Oui Non

Mention « priorité pour personnes handicapées »

Mention « stationnement pour personnes handicapées »

Présence d'une tierce personne : Oui Non

Nombre d'heures d'aides humaines mensuelles : Heures. Présence la nuit : Oui Non

Capacités motrices :

- Si vous marchez, quel est votre périmètre de marche en mètres : mètres.
- Déplacements dans le logement :
Sans appareillage Avec appareillage (Préciser ci-dessous)
Canne / Béquilles Déambulateur Fauteuil roulant manuel Fauteuil roulant électrique
- Monter des marches :
Impossible Plusieurs marches un étage plusieurs étages
Si oui, avec main-courante/rampe : Oui Non
- Transfert WC :
Seul (e) Avec aide humaine Avec matériel Préciser :
- Si utilisation d'une baignoire :
Le transfert se réalise seul(e) Avec aide humaine Avec matériel Préciser :
- Capacité à ouvrir une porte d'immeuble : Oui Non
Une porte de logement : Oui Non
- Utilisez-vous d'autres appareillages/aides techniques :
Lève personne Lit médicalisé Appareil respiratoire Siège de douche
Autres Préciser :

HANDICAP / PERTE D'AUTONOMIE DES AUTRES PERSONNES PRESENTES AU FOYER (SI BESOIN)

(Copier la rubrique ci-dessus)

SITUATION PROFESSIONNELLE ET RESSOURCES

EMPLOI	DEMANDEUR	CONJOINT OU CO-TITULAIRE	AUTRE(S) PERSONNE(S)
Profession			
Type de contrat	<input type="checkbox"/> CDI ou Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Agent public <input type="checkbox"/> CDD, Stage, Intérim <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, Profession libérale	<input type="checkbox"/> CDI ou Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Agent public <input type="checkbox"/> CDD, Stage, Intérim <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, Profession libérale	<input type="checkbox"/> CDI ou Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Agent public <input type="checkbox"/> CDD, Stage, Intérim <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, Profession libérale
Salaire ou revenu d'activité € € €

AUTRES RESSOURCES	DEMANDEUR	CONJOINT OU CO-TITULAIRE	AUTRE PERSONNE
Retraite	€	€	€
AAH (Allocation Adulte Handicapé)	€	€	€
MVA (Majoration pour la vie Autonome)	€	€	€
Complément de ressources	€	€	€
Pension d'invalidité	€	€	€
RSA (Revenu de Solidarité Active)	€	€	€
Indemnité journalières (CPAM)	€	€	€
Indemnité chômage	€	€	€
PCH (Prestation Compensatrice de Handicap) Tierce personne	€	€	€
AEEH (Allocation d'Education d'Enfant Handicapé)	€	€	€
Prestations familiales (hors apl)	€	€	€
Pension alimentaire versée	€	€	€
Pension alimentaire reçue	€	€	€
Autre (Hors APL). Merci de Préciser :	€	€	€

REVENU FISCAL DE REFERENCE

Avis d'imposition du demandeur Conjoint ou co-titulaire

Sur les revenus de l'année 2019 (année en cours moins 2)	€	€
Sur les revenus de l'année 2020 (année en cours moins 1)	€	€

VOTRE HEBERGEMENT OU LOGEMENT ACTUEL

- Hébergement chez un tiers Sans hébergement ou en structure d'accueil (préciser) :
- Locataire du parc HLM Nom du Bailleur : Loyer :€ APL :€
- Locataire du parc privé Loyer :€ APL :€
- Propriétaire occupant

Appartement Maison Duplex : Oui Non

Type du logement : T1 T2 T3 T4 T5

Superficie : m² Nombre d'occupants :

Rez-de-chaussée 1^{er} étage 2^{ème} étage 3^{ème} étage Autre, précisez :

Ascenseur : Oui Non

Votre logement est-il accessible avant d'arriver à votre porte d'entrée : Oui Non

Si non, précisez les obstacles : Escalier Marche/ressaut Autre Préciser :

La circulation dans le logement vous permet-elle d'accéder à toutes les pièces : Oui Non

Si non, précisez les obstacles : Couloir trop étroit Largeur des portes Autre Préciser :

Salle de bain : Baignoire Douche avec bac Douche à siphon de sol (à l'italienne)

WC avec espace de transfert : Oui Non

Avez-vous des dettes locatives : Oui Non Si oui, quel est le montant ? :

Avez-vous engagé des démarches de régularisation ? Oui Non

Si oui, lesquelles :

Merci de préciser les contraintes en lien avec votre handicap que vous rencontrez dans votre hébergement ou logement :

.....

.....

.....

.....

LE LOGEMENT QUE VOUS RECHERCHEZ

Appartement Maison Sans Préférence

Type du logement : T1 T2 T3 T4 T5

Nombre de personnes devant occuper le logement :

Si la typologie demandée est supérieure à la composition familiale, merci d'en préciser la raison :

.....

Localisation souhaitée (communes) :

Choix 1 : Choix 5 :

Choix 2 : Choix 6 :

Choix 3 : Choix 7 :

Choix 4 : Choix 8 :

Acceptez-vous que votre recherche soit élargie aux autres communes de l'agglomération : Oui Non

Niveau souhaité :

Rez-de-chaussée uniquement Rez-de-chaussée ou en étage avec ascenseur

Uniquement en étage avec ascenseur

La circulation dans le logement nécessite des adaptations spécifiques (largeur de couloirs, de portes et de zones de transfert) : Oui Non

Salle de bain :

Baignoire Douche avec bac Douche à siphon de sol (à l'italienne) Sans préférence

WC avec espace de transfert : Oui Non Sans préférence

Préciser les autres adaptations qui vous sont nécessaires dans le logement :

.....
.....
.....
.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Comment vous déplacez-vous :

Avec votre propre véhicule Avec un transport adapté de type « MOBIBUS »
En transport en commun (Tramway et bus)

Etes-vous sous mesure de protection judiciaire (Sauvegarde de justice, curatelle et tutelle) : Oui Non

Si oui, coordonnées de l'organisme et nom du curateur(trice)/tuteur(trice) :
.....

Etes-vous accompagné par un service social : Oui Non

Si oui, coordonnées du service et du travailleur social :
.....

Avez-vous entrepris d'autres démarches pour accélérer votre recherche de logement :

Demande de mutation auprès de votre bailleur : Oui Non Date de la demande :

Inscription auprès de services logement de Mairies : Lesquels :

Bénéficiez-vous du 1% logement par votre activité professionnelle (Action logement) ? Oui Non

Si oui, date de la demande et numéro d'enregistrement :

Demande de Contingent Préfectoral :

Accord Refus En cours Date de la demande :

Demande de DALO (Droit Au Logement Opposable) :

Accord Refus En cours Date de la demande :

Avez-vous refusé une ou plusieurs propositions de logements : Oui Non

Si oui, merci de préciser le nom du bailleur et les raisons de votre refus :
.....

Qui vous a orienté vers notre service pour faire votre demande ?

.....
.....

Pour quelle(s) raison(s) faites-vous une demande de logement ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Autres informations qu'il vous semble utiles de mentionner :

.....
.....
.....