

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, Département 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 complète :		
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<sup>ère</sup> 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 »  « 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

**A l'extérieur du 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<sup>ème</sup> 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 »  « 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

**A l'extérieur du 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 2022 (année en cours moins 2)	€	€
Sur les revenus de l'année 2023 (année en cours moins 1)	€	€

## VOTRE HEBERGEMENT OU LOGEMENT ACTUEL

Locataire du parc HLM    Nom du Bailleur : .....

Locataire du parc privé

Loyer : .....€    APL : .....€

Hébergement chez un tiers

Sans hébergement ou en structure d'accueil (préciser) : .....

Propriétaire occupant

Appartement     Maison     Duplex : Oui     Non

Type du logement :    T1     T2     T3     T4     T5

Superficie : ..... m<sup>2</sup>    Nombre d'occupants : .....

Rez-de-chaussée     1<sup>er</sup> étage     2ème étage     3ème 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 :

.....

.....

.....