RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

CERFA
N° 14069 * 05

Demande de logement social

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

Vous pouvez remplir ce formulaire et le déposer auprès d'un guichet (voir la notice).
L'enregistrement de votre demande est un droit. La seule condition est la fourniture de la copie d'une pièce d'identité ou d'un titre de séjour en cours de validité (photocopie ou scan).

⚠ Les champs suivis d'une étoile (*) doivent obligatoirement être remplis.

Ce document est émis par le ministère en charge de la ville et du logement.

Ce formulaire peut se remplir facilement sur ordinateur. Si vous ne disposez pas du logiciel adapté, vous pouvez télécharger Adobe Acrobat Reader gratuitement via ce lien

Cadre réservé au service

Date de dépôt au guichet : __ __/__ __/__ __ __ __

1 Votre demande

Il s'agit :

☐ d'une première demande

☐ du renouvellement d'une demande en cours

☐ d'une modification d'une demande en cours

Si vous avez déjà une demande en cours, indiquez votre numéro unique d'enregistrement :

A1 __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

2 Vos coordonnées

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance* Prénom(s)*

Nom d'usage (si différent)

Date de naissance* : __ __/__ __/__ __ __ __

Nationalité* ☐ Française ☐ Union européenne ☐ Hors Union européenne

Votre numéro de sécurité sociale* : A2 __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Téléphone domicile ou professionnel : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Téléphone portable : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Adresse électronique personnelle :

@

Téléphone d'une personne ou d'une structure vous aidant dans les démarches :

__ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Adresse électronique d'une personne ou d'une structure vous aidant dans les démarches :

@

Acceptez-vous de recevoir des informations sur votre demande :

Par mail ? ☐ Oui ☐ Non Par SMS ? ☐ Oui ☐ Non

Acceptez-vous que la personne ou structure qui vous aide reçoive ces mêmes informations ?

☐ Oui ☐ Non

Adresse du logement où vous vivez actuellement

Numéro : Voie :

Lieu-dit :

Bâtiment : Escalier : Étage : Appartement :

Complément d'adresse :

Code postal : Commune :

Pays :

Si vous êtes hébergé, personne ou structure hébergeante :

Adresse à laquelle le courrier doit vous être envoyé (si cette adresse est différente)

Numéro : Voie :

Lieu-dit :

Bâtiment : Escalier : Étage : Appartement :

Complément d'adresse :

Code postal : Commune :

Pays :

Si vous êtes hébergé ou domicilié, personne ou structure à qui envoyer un courrier :

Votre conjoint ou votre codemandeur

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance* Prénom(s)*

Nom d'usage (si différent)

Date de naissance*: / /

Nationalité* ☐ Française ☐ Union européenne ☐ Hors Union européenne

Son numéro de sécurité sociale* : B1

Ses coordonnées :

Téléphone domicile ou professionnel :

Téléphone portable :

Adresse électronique :

@

Accepte-t-il de recevoir des informations : par mail ? ☐ Oui ☐ Non par SMS ? ☐ Oui ☐ Non

Lien avec le demandeur*

B2 ☐ Marié B3 ☐ Pacsé B4 ☐ Concubin B5 ☐ Ascendant B6 ☐ Descendant B7 ☐ Fratrie

ⓘ Vous remplissez autant de page 2 que nécessaire pour donner les informations sur le(s) codemandeur(s)

Vos colocataires

1 ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance

Prénom(s)

Nom d'usage (si différent)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

2 ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance

Prénom(s)

Nom d'usage (si différent)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

3 ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance

Prénom(s)

Nom d'usage (si différent)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

Handicap

Nombre de personnes en situation de handicap : C1 __ __ __

ⓘ Si vous êtes en situation de handicap et que vous recherchez un logement adapté, veuillez renseigner le volet Handicap en annexe

Personnes à charge

Personnes fiscalement à votre charge ou à la charge de votre conjoint ou du codemandeur qui vivront dans le logement

1 ☐ F ☐ M

Nom

Prénom(s)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

Lien de parenté : ☐ Parent ☐ Enfant ☐ Autre

2 ☐ F ☐ M

Nom

Prénom(s)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

Lien de parenté : ☐ Parent ☐ Enfant ☐ Autre

3 ☐ F ☐ M

Nom

Prénom(s)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

Lien de parenté : ☐ Parent ☐ Enfant ☐ Autre

4 ☐ F ☐ M

Nom Prénom(s)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

Lien de parenté : ☐ Parent ☐ Enfant ☐ Autre

5 ☐ F ☐ M

Nom Prénom(s)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

Lien de parenté : ☐ Parent ☐ Enfant ☐ Autre

6 ☐ F ☐ M

Nom Prénom(s)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

Lien de parenté : ☐ Parent ☐ Enfant ☐ Autre

7 ☐ F ☐ M

Nom Prénom(s)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

Lien de parenté : ☐ Parent ☐ Enfant ☐ Autre

8 ☐ F ☐ M

Nom Prénom(s)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

Lien de parenté : ☐ Parent ☐ Enfant ☐ Autre

ⓘ S'il y a plus de 8 personnes à charge, donnez les informations sur une feuille complémentaire

Si naissance attendue, date de naissance prévue : __ __/__ __/__ __ __ __

Nombre d'enfants à naître : __

Autres enfants

Enfants en droit de visite et d'hébergement (et enfants en garde alternée qui ne sont pas encore fiscalement à charge).

1 ☐ F ☐ M

Nom Prénom(s)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

☐ Garde alternée ☐ Droit de visite et d'hébergement

2 ☐ F ☐ M

Nom Prénom(s)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

☐ Garde alternée ☐ Droit de visite et d'hébergement

3 ☐ F ☐ M

Nom Prénom(s)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

☐ Garde alternée ☐ Droit de visite et d'hébergement

4 ☐ F ☐ M

Nom Prénom(s)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

☐ Garde alternée ☐ Droit de visite et d'hébergement

5 ☐ F ☐ M

Nom Prénom(s)

Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __

☐ Garde alternée ☐ Droit de visite et d'hébergement

3 Votre situation professionnelle

Profession : D1 _____

D2 ☐ Salarié du privé D3 ☐ Agent de l'État D4 ☐ Agent hospitalier D5 ☐ Agent de collectivité territoriale
D6 ☐ Étudiant ou apprenti D7 ☐ Assistant familial ou maternel D8 ☐ Indépendant D9 ☐ Chômage D10 ☐ Retraité
D11 ☐ Autres situations

Ville du lieu de travail principal : _____

Code postal : __ __ __ __ __

Pays du lieu de travail : _____

Si vous êtes salarié ou apprenti dans une entreprise privée et que vous travaillez dans un établissement situé en France, précisez le numéro SIRET de votre employeur principal :

D12 __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

D13 ☐ Vous êtes en CDD ou en intérim.

D14 ☐ Vous avez vécu une période de chômage de plus d'un an.

Elle s'est terminée le : D15 __ __/__ __/__ __ __ __

Situation professionnelle de votre conjoint ou de votre codemandeur

Profession : D16 _____

D17 ☐ Salarié du privé D18 ☐ Agent de l'État D19 ☐ Agent hospitalier D20 ☐ Agent de collectivité territoriale
D21 ☐ Étudiant ou apprenti D22 ☐ Assistant familial ou maternel D23 ☐ Indépendant D24 ☐ Chômage D25 ☐ Retraité
D26 ☐ Autres situations

Ville du lieu de travail principal : _____

Code postal : __ __ __ __ __

Pays du lieu de travail : _____

Si votre conjoint ou votre codemandeur est salarié ou apprenti dans une entreprise privée et qu'il travaille dans un établissement situé en France, précisez le numéro SIRET de son employeur principal :

D27 __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

D28 ☐ Votre conjoint ou votre codemandeur est en CDD ou en intérim.

D29 ☐ Votre conjoint ou votre codemandeur a vécu une période de chômage de plus d'un an.

Elle s'est terminée le : D30 __ __/__ __/__ __ __ __

ⓘ Vous remplissez autant de page 6 que nécessaire pour donner les informations sur le(s) codemandeur(s).

4 Revenus

Revenus annuels (revenu fiscal de référence)

	Revenus du demandeur et de son conjoint	Revenus du codemandeur
Sur les revenus de l'année E1 20 ___ ___ année en cours moins 2 (par exemple en 2023 c'est sur 2021)	E2 ___ €	E3 ___ €
Sur les revenus de l'année E4 20 ___ ___ année en cours moins 1 (par exemple en 2023 c'est sur 2022). Si vous avez reçu votre Avis d'impôt ou votre Avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR).	E5 ___ €	E6 ___ €

Revenus mensuels
Ressources du demandeur, du conjoint ou du codemandeur et des personnes fiscalement à leur charge qui vivront dans le logement (hors APL/ALS/ALF)

Percevez-vous des ressources mensuelles* ? E7 ☐ Oui E8 ☐ Non

Si vous avez coché oui, vous devez obligatoirement renseigner toutes vos ressources mensuelles.

Montant net en euros **par mois** (sans les centimes) **avant impôts sur le revenu**	Ressources du demandeur	Ressources du conjoint ou du codemandeur	Ressources des autres personnes 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			
Allocation journalière de présence parentale			
Revenu de solidarité active (RSA)			
Allocation jeune enfant (PAJE)			
ASPA (ex. minimum vieillesse)			
Bourse étudiant			
Prime d'activité			
Autres (hors APL ou ALS ou ALF)			
Pensions alimentaires que vous versez E9	–	–	–

ⓘ Vous remplissez autant de page 7 que nécessaire pour donner les informations sur le(s) codemandeur(s).

5 Votre situation*

Votre logement actuel

Vous êtes propriétaire

F1 ☐ Propriétaire occupant

Vous êtes locataire (cochez une seule case)

F2 ☐ Locataire d'un logement social (HLM)

Nom du bailleur figurant sur la quittance

F3 _____

SIREN du bailleur figurant sur la quittance

F4 _____

F5 ☐ Locataire ou sous locataire d'un logement privé

Vous êtes hébergé (cochez une seule case)

F6 ☐ Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS)

F7 ☐ Structure d'hébergement (CHRS, CHU, CADA…)

F8 ☐ Centre départemental de l'enfance et de la famille ou centre maternel

F9 ☐ Chez vos parents ou chez vos enfants

F10 ☐ Chez un particulier

F11 ☐ À l'hôtel

F12 ☐ Logement temporaire

F13 ☐ En appartement de coordination thérapeutique

F14 ☐ Logement de fonction

F15 ☐ Logé en logement-foyer (FJT, FTM, FPA, FPH), en résidence sociale ou en pension de famille (maison-relais)

F16 ☐ Résidence étudiante ou universitaire

F17 ☐ Sans abri, habitat de fortune, bidonville

F18 ☐ Occupant sans titre, squat

F19 ☐ Camping

F20 ☐ Habitat mobile

Nombre de pièces principales (hors cuisine et salle de bain) F21

☐ 1 (studio) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 et + Surface habitable : F22 ___ m²

Nombre de personnes habitant dans le logement actuel* : F23 _____

Si vous payez **un loyer** ou une **redevance**, montant mensuel (loyer + charges) : F24 ____

Si vous percevez une aide personnelle au logement, montant mensuel : F25 ____

F26 ☐ Logement non décent

F27 ☐ Logement indigne

F28 ☐ Logement repris ou mis en vente par son propriétaire

F29 ☐ Logement inadapté au handicap ou à la perte d'autonomie

F30 ☐ Logement trop cher

F31 ☐ Logement trop grand

F32 ☐ Logement trop petit

F33 ☐ Logement bientôt démoli

Logement éloigné :

F34 ☐ du lieu de travail

F35 ☐ des équipements et services

F36 ☐ de la famille

F37 ☐ En procédure d'expulsion

Si jugement d'expulsion, date du jugement : F38 __/__/____

Si commandement de quitter les lieux, date de la notification : F39 __/__/____

Famille

F40 ☐ Violences au sein du couple

F41 ☐ Menace de mariage forcé

F42 ☐ Rapprochement familial

F43 ☐ Départ de personne(s) à charge du foyer

F44 ☐ Divorce ou séparation

Travail

F45 ☐ Changement de lieu de travail

Autre

F46 ☐ Pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou sorti de cette prise en charge depuis moins de 3 ans

F47 ☐ Sapeur pompier volontaire

Êtes-vous (ou votre conjoint ou votre codemandeur) **propriétaire d'un logement autre que celui que vous habitez* ?**

F48 ☐ Oui F49 ☐ Non

Le logement que vous recherchez

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

G1 Nombre de pièces principales (hors cuisine et salle de bain) :

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 et + ☐ Chambre en colocation

Nombre de personnes à loger* : G2 _____

Refuserez-vous absolument un logement en rez-de-chaussée ? ☐ Oui ☐ Non

Refuserez-vous absolument un logement sans ascenseur ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Je souhaite être informé sur la possibilité de devenir propriétaire

Si vous recherchez un appartement adapté au handicap ou à la perte d'autonomie, remplissez autant de formulaires complémentaires qu'il y a de personnes concernées.

Localisation souhaitée* (par ordre de préférence)

G3 Ville ou arrondissement souhaité / quartier et code postal :

1. _____ ___ ___ ___ ___ ___
2. _____ ___ ___ ___ ___ ___
3. _____ ___ ___ ___ ___ ___
4. _____ ___ ___ ___ ___ ___
5. _____ ___ ___ ___ ___ ___
6. _____ ___ ___ ___ ___ ___
7. _____ ___ ___ ___ ___ ___
8. _____ ___ ___ ___ ___ ___
9. _____ ___ ___ ___ ___ ___
10. _____ ___ ___ ___ ___ ___
11. _____ ___ ___ ___ ___ ___
12. _____ ___ ___ ___ ___ ___
13. _____ ___ ___ ___ ___ ___
14. _____ ___ ___ ___ ___ ___
15. _____ ___ ___ ___ ___ ___
16. _____ ___ ___ ___ ___ ___
17. _____ ___ ___ ___ ___ ___

Acceptez-vous que votre demande soit élargie à d'autres villes ou quartiers proches de vos choix de localisation ?
☐ Oui ☐ Non

6 Précisions complémentaires

H1 Voir notice

H2 Souhaitez-vous effectuer le renouvellement annuel de votre demande sur le site internet :
www.demande-logement-social.gouv.fr ☐ Oui ☐ Non
Si oui, vous recevrez un mail d'alerte à l'adresse que vous avez indiquée à la page 1

En déposant votre demande, vous attestez que les informations ci-dessus sont exactes.
Vous vous engagez à signaler tout changement de situation.

Le : __ __/__ __/__ __ __ __

Dans le cadre de la nationalisation de la demande de logement social, le présent document autorise l'administration à regrouper les demandes déposées sur plusieurs départements. Les données les plus récentes que vous avez communiquées sont intégrées dans la demande nationale. L'ensemble des localisations souhaitées sont maintenues. 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 mis en oeuvre conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit règlement général sur la protection des données ou RGPD) et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Conformément aux articles 12 et suivants du RGPD et aux articles 48 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder aux informations vous concernant auprès du service qui a enregistré votre demande ou sur le site www.demande-logement-social.gouv.fr.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

cerfa
N° 14069 * 05

Complément à la demande de logement social

Logements adaptés au(x) handicap(s) et à la perte d'autonomie

Chacun des futurs occupants du logement ayant besoin d'un logement adapté au handicap doit remplir un questionnaire.

Numéro unique d'enregistrement : I1

La personne handicapée (ou en perte d'autonomie)

Votre date de naissance : __/__/____

Votre handicap est-il reconnu par la Maison départementale des personnes handicapées ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous en contact régulier avec :

- un référent de la Maison départementale des personnes handicapées ? ☐ Oui ☐ Non
- un travailleur social ? ☐ Oui ☐ Non
- une association (d'aide aux personnes handicapées ou d'aide à domicile) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci d'indiquer son nom et ses coordonnées professionnelles :

Nom :

Numéro : Voie :

Code postal : Commune :

Téléphone :

Adresse électronique :

@

S'il s'agit d'un organisme, avez-vous élu domicile auprès de lui ? ☐ Oui ☐ Non

Votre handicap

Nature du handicap ou de la perte d'autonomie :

Moteur

☐ Membre(s) supérieur(s) ☐ Membre(s) inférieur(s)

Sensoriel

☐ Déficience auditive ☐ Déficience visuelle

Autre

Précisez :

Votre handicap est-il ? (cochez une seule case)

☐ Stabilisé ☐ Évolutif

Besoins en aides techniques

☐ Aucune ☐ Canne béquille
☐ Fauteuil roulant manuel ☐ Déambulateur
☐ Fauteuil roulant électrique ☐ Lève-personne
☐ Lit médicalisé

Capacité à monter les marches

☐ Impossible ☐ 1 à 3 marches
☐ 1 étage ☐ Plus d'un étage

☐ **Présence d'une tierce personne**
(aide à domicile, aide soignant, veille de nuit)

Caractéristiques du logement que vous demandez

Les équipements dont vous avez impérativement besoin

- ☐ Baignoire adaptée
- ☐ Douche sans seuil
- ☐ Ascenseur
- ☐ Chambre avec une tierce personne (aide à domicile, aide soignant)
- ☐ Place de stationnement accessible et de largeur adaptée (3,30 m)
- ☐ WC avec espace de transfert

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.

Vos besoins particuliers quant à la localisation du logement et à son environnement
(exemple : besoins de services de santé de proximité).

Autres besoins, précisez :