

## **DÉMARCHE AVANT DE S'IDENTIFIER AUPRÈS DE L'ASSOCIATION HandiToit Provence**

**Étape 1: Faire une demande de logement social sur le site :**

**[www.demande-logement-social.gouv.fr](http://www.demande-logement-social.gouv.fr)**

ou vous pouvez aussi

**Déposer votre demande auprès d'un guichet de logement social (liste en ligne).**



Conserver une copie de votre demande de logement social.  
Cette demande doit être renouvelée toutes les années.

**Étape 2: Réception de l'attestation d'enregistrement de votre demande de logement social**

**Étape 3: Inscription dans la Base de Données HandiToit Provence**

Remplissez le questionnaire de l'association

Envoyez-le à l'association HandiToit Provence avec les pièces suivantes :

- Copie de votre demande de logement social initial
- Copie de l'attestation d'enregistrement départemental d'une demande de logement social locative
- Copie de la carte d'invalidité
- Copie d'avis d'imposition des membres du foyer sur les revenus de l'année N-1 et N-2
- Copie de l'attestation DALO, si vous êtes concerné(e)

***Attention ! Aucun questionnaire ne sera traité par l'association s'il n'est pas accompagné des pièces justificatives***





# QUESTIONNAIRE

## PERSONNE HANDICAPEE EN RECHERCHE DE LOGEMENT

A compléter, à retourner avec une copie des pièces demandées à :  
**HandiToit Provence – 26, Bd Burel – 13014 MARSEILLE.**

Ce questionnaire n'est pas une demande de logement. Des demandes de logement doivent être faites parallèlement auprès des bailleurs par les personnes en recherche de logement (liste ci-jointe).

Ce questionnaire peut être complété en ligne sur le site internet : [www.logementadapte13.org](http://www.logementadapte13.org)

**ATTENTION ! : Aucun questionnaire ne sera traité par l'association s'il n'est pas accompagné des pièces demandées**

### 1. IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... Mail : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

### 2. IDENTITE DE LA PERSONNE HANDICAPEE

Le demandeur est la personne handicapée : Oui  Non

**Si Non** :

Nom et Prénom de la (ou des) personne(s) handicapée(s) : .....

Date de naissance : .....

Lien avec le demandeur : conjoint  enfant  parent  colocataire  autre précisez  .....

### 3. VOTRE RECHERCHE DE LOGEMENT

a) Votre logement actuel est situé : A quel étage ? ..... Avec ascenseur ? Oui  Non

b) Vous souhaitez changer de logement car il est :

Non adapté (inaccessible, inadaptable, ascenseur en panne)  Trop petit  Trop grand  Insalubre

Problèmes d'environnement ou de voisinage  Rapprochement familial  Rapprochement d'un lieu de soin

Votre logement va être vendu  Vous êtes sans logement ou hébergé

Vous faites l'objet d'une mesure d'expulsion  Autre motif, précisez  : .....

c) Le logement recherché :

- Nature du logement : Appartement  Maison  Indifférent
- Type : T1  T2  T3  T4  T5 et +
- Accepte un logement en RDC : Oui  Non
- Accepte un logement à l'étage : Oui  Non
- Accepte un logement sans ascenseur : Oui  Non
- Equipements dont vous avez impérativement besoin :

Douche sans seuil  Baignoire  Porte automatique  Autres, précisez  : .....

- Montants maximum prêt à supporter pour la dépense du logement : .....

#### 4. VOTRE DEMANDE DE LOGEMENT SOCIAL

Indiquez votre numéro départemental unique :

a) Organisme qui vous a attribué le numéro (HLM, mairie...) :

Organismes	Date de la demande	N° d'enregistrement bailleur

b) Reconnaissance Dalo (Droit Au Logement Opposable) : Oui  Non

Si oui, numéro de Dalos : .....

#### 5. VOTRE HANDICAP

Le handicap est-il reconnu par la MDPH ? : Oui  Non  Quel est le taux du handicap ? ..... %

Nature du handicap :

Moteur  Sensoriel  Cognitif ou psychique  Organique

Autre, précisez  : .....

Besoin en aides techniques :

Cannes, déambulateur ou béquilles  Un fauteuil roulant électrique  Un fauteuil roulant manuel

Aucune mais facilement fatigable  Aucune

Capacité à monter des marches :

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

## 6. ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Nom : ..... Prénom : .....

Structure : .....

Tél : ..... Fax : ..... Mail : .....

Responsable : .....

## 7. PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE A CE QUESTIONNAIRE

- Demande de logement social « imprimé CERFA » + feuillet handicap
- Photocopie de la carte d'invalidité
- Attestation d'enregistrement départemental d'une demande de logement social locative
- Avis d'imposition des membres du foyer sur les revenus de l'année N-1 et N-2
- L'attestation Dalo, si vous êtes concerné(e)

## 8. INFORMATIONS PRATIQUES

Vous êtes reconnue « personne handicapée » par la MDPH de votre département, Vous recherchez un logement adapté, HandiToit peut faciliter votre recherche. L'association a créé une Base de données afin de mieux connaître votre demande et identifier vos besoins.

Par le biais de ce questionnaire, vos informations feront l'objet d'un traitement informatique destiné à :

- **Recenser** les personnes en perte d'autonomie en recherche de logement ;
- **Communiquer** les données relatives à la demande de logements adaptés aux décideurs (bailleurs sociaux, communes et organismes financeurs) afin de les aider et les inciter à produire des logements adaptés sur les territoires où la demande s'exprime ;
- **Faire le lien** avec les bailleurs lors de la livraison des logements adaptés : proposition de personnes en perte d'autonomie « candidates » issues de la base de données et dont les dossiers seront présentés en commission d'attribution du logement.

Les destinataires d'une partie des données sont

- Les bailleurs sociaux (organismes HLM)
- Le Conseil Général de votre département
- La Préfecture de votre département

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 Janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à : HANDITOIT PROVENCE, 26, Bd Burel – 13014 MARSEILLE, E-mail : [contact@handitoit.org](mailto:contact@handitoit.org)

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Date : ...../...../.....

Signature du demandeur :





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



N° 14069\*01

**copie à retourner**

<b>Cadre réservé au service</b>	Numéro de dossier : <input type="text"/>
---------------------------------	--

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 :  JJ  MM  AA  AA    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 :  JJ  MM  AA  AA    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

### 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	Lien de parenté
		J J M M A A A A	M/F	parent enfant autre
1	Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(1) : facultatif

	Date de naissance	Sexe M/F	Lien de parenté parent enfant autre		
5 Nom	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prénom					
6 Nom	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prénom					
7 Nom	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prénom					
8 Nom	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prénom					

(s'il y a plus de 8 personnes à charge, donnez les informations sur une feuille 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3ème enfant	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2ème enfant	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4ème enfant	J J M M A A A A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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 :

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 :

Si l'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

Autre avis d'imposition  
(concubin ou futur co-titulaire du bail)

Sur les revenus de l'année  (année en cours moins 2)

€

€

Sur les revenus de l'année  (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 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

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

Cadre réservé au service	Numéro de dossier : <input type="text"/>
--------------------------	--

### 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) : <input type="text"/>
	- 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 ( <i>aide à domicile, aide soignante, veille de nuit</i> ) <input type="checkbox"/>	

### Renseignements concernant le logement : Merci de préciser les équipements dont vous avez impérativement besoin <sup>(1)</sup> :

Baignoire adaptée <input type="checkbox"/>	Douche sans seuil <input type="checkbox"/>	Chambre avec une tierce personne (aide à domicile, aide soignante, veille de nuit) <input type="checkbox"/>
WC avec espace de transfert <input type="checkbox"/>	Ascenseur <input type="checkbox"/>	Place de stationnement accessible et de largeur adaptée (3m30) <input type="checkbox"/>

Avez-vous des besoins particuliers quant à la localisation du logement et à son environnement (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.