

## 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

**i** 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

① 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
<b>Sur les revenus de l'année</b> <sup>E1</sup> 20__ __ année en cours moins 2 (par exemple en 2023 c'est sur 2021)	E2 _____ €	E3 _____ €
<b>Sur les revenus de l'année</b> <sup>E4</sup> 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\* ? <sup>E7</sup>  Oui <sup>E8</sup>  Non

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

Montant net en euros <b>par mois</b> (sans les centimes) <b>avant impôts sur le revenu</b>	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)	_____	_____	_____
<i>Pensions alimentaires que vous versez</i> <sup>E9</sup>	- _____	- _____	- _____

<sup>i</sup> 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    m<sup>2</sup>

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 :

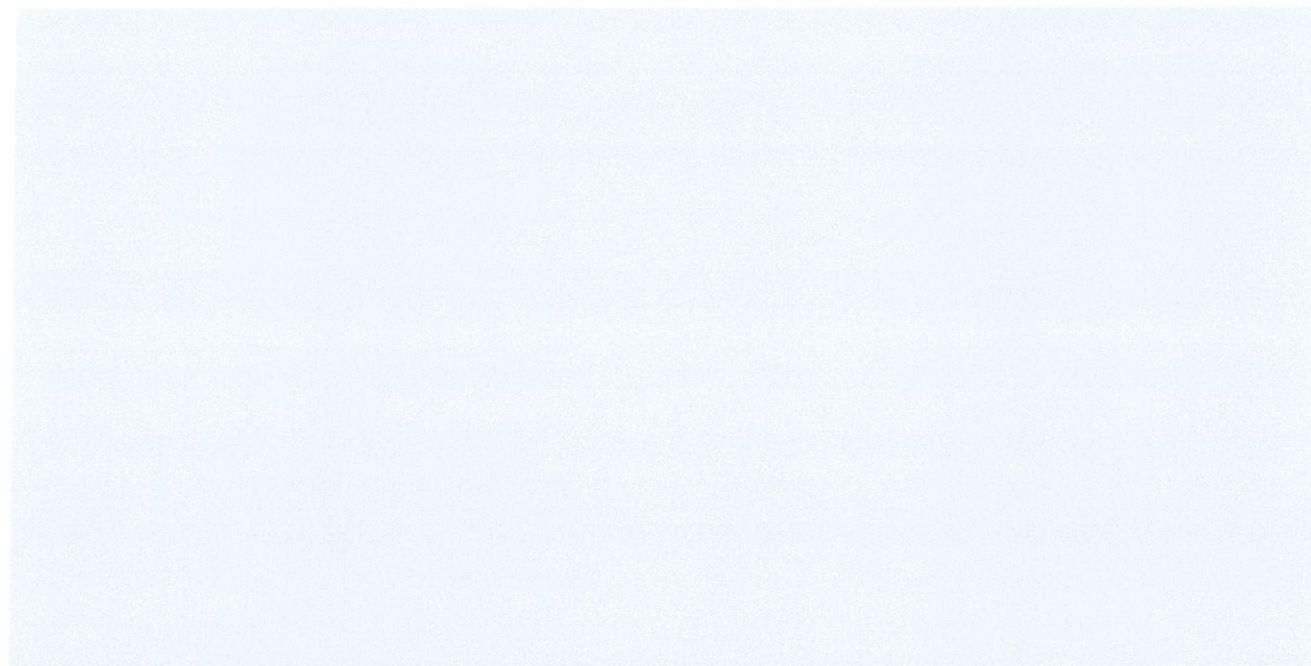
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.

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



## 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 : 11

### 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 :

**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)

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

Stabilisé  Évolutif

---

## Caractéristiques du logement que vous demandez

### Les équipements dont vous avez impérativement besoin

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Baignoire adaptée | <input type="checkbox"/> Chambre avec une tierce personne (aide à domicile, aide soignant) |
| <input type="checkbox"/> Douche sans seuil | <input type="checkbox"/> Place de stationnement accessible et de largeur adaptée (3,30 m)  |
| <input type="checkbox"/> Ascenseur         | <input type="checkbox"/> 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 :

---