

# Demande de logement

*Les bailleurs sociaux de Loire-Atlantique et leurs partenaires ont mis en œuvre un dispositif de gestion de la demande destiné à vous faciliter l'accès au logement H.L.M.*

*Désormais, vous pouvez adresser, déposer, mettre à jour ou renouveler votre demande auprès d'un seul de ces organismes\*.*

*Sans que vous ayez à intervenir de nouveau, votre demande sera enregistrée par tous les bailleurs sociaux du département.*

**Attention,  
lisez attentivement ce qui suit :**

## Enregistrement de la demande

- Votre demande doit être retournée **correctement remplie et signée.**
- Vous devez obligatoirement **joindre** la copie **des 2 derniers avis d'imposition** ou de non-imposition sur le revenu pour toutes personnes vivant dans le foyer.
- L'enregistrement de votre demande est pris en compte par tous les bailleurs sociaux de Loire-Atlantique, **un seul dépôt suffit.**
- Vous recevrez par retour une **attestation d'enregistrement** indiquant votre numéro unique pour tous les bailleurs sociaux du département.
- Votre demande a une durée de validité de **12 mois** et doit être renouvelée **1 mois** avant la date d'expiration.

*\* Adresses et téléphones sur dépliant joint*

Le renseignement de sept informations (nom, prénom, date de naissance, adresse, nombre de personnes à loger, localisation géographique souhaitée et indication si locataire H.L.M.) permet l'obtention d'un numéro départemental unique. Ce numéro garantit votre inscription en tant que demandeur de logement locatif social (décret du 7/11/2000. Loi de lutte contre les exclusions du 29/07/1998). **Cependant, il est insuffisant pour prétendre à l'attribution d'un logement en Loire-Atlantique. Si vous souhaitez que les bailleurs sociaux puissent étudier votre dossier, vous devez remplir la totalité de l'imprimé.**

**Ce dispositif a été agréé par la C.N.I.L. le 13 juillet 1998 (demande d'avis n°582047)**

Les informations figurant sur cet imprimé feront l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à l'article 27 de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder à tout moment aux informations vous concernant auprès de l'organisme que vous avez contacté, afin d'en faire modifier le contenu si votre situation venait à changer. Les destinataires de ces informations seront les Organismes du logement social, chargés de l'attribution des logements. En cas de litige et seulement dans ce cas, vous pouvez contacter le Centre Régional d'Etudes pour l'Habitat de l'Ouest, 8 avenue des Thébaudières, 44800 Saint-Herblain.

Numéro de dossier : 0 4 4

# 1. votre identité

M. Mme Mlle

## le demandeur

à remplir en majuscules

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nationalité :  Française  Union européenne  hors Union européenne

M. Mme Mlle

## le conjoint ou co-demandeur

à remplir en majuscules

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nationalité :  Française  Union européenne  hors Union européenne

# 2. où vous joindre ?

Adresse : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone personnel : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Téléphone travail du conjoint ou  
du co-demandeur : \_\_\_\_\_

Autre téléphone : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

## votre situation de famille actuelle

 Célibataire  Union libre, concubinage  Veuf (ve) Marié(e) depuis le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ P. A. C. S. depuis le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ou  procédure en cours Divorcé(e) depuis le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ou  procédure en cours Séparé(e) depuis le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ou  procédure en cours

# 3. quelles personnes vivent de façon permanente dans le logement ?

|    | Nom et prénom | Date de naissance     | sexe |   | Lien de parenté<br><i>(préciser si co-demandeur)</i> |
|----|---------------|-----------------------|------|---|--|
|    |               |                       | M    | F |  |
| 1. |               | ..... / ..... / ..... |      |   |  |
| 2. |               | ..... / ..... / ..... |      |   |  |
| 3. |               | ..... / ..... / ..... |      |   |  |
| 4. |               | ..... / ..... / ..... |      |   |  |
| 5. |               | ..... / ..... / ..... |      |   |  |
| 6. |               | ..... / ..... / ..... |      |   |  |
| 7. |               | ..... / ..... / ..... |      |   |  |
| 8. |               | ..... / ..... / ..... |      |   |  |

Naissance prévue :  Oui Si naissance(s) prévue(s), indiquez le nombre d'enfants à naître : Nombre d'enfants accueillis dans le cadre d'un droit de visite :

# 4

## vos situation professionnelle

### le demandeur

Métier : \_\_\_\_\_

- Emploi à durée indéterminée
  Emploi à durée déterminée, stage, intérim  
 Si C.D.D., date de la fin du contrat : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Chômage indemnisé
  Chômage non indemnisé
- Étudiant(e)
  Retraité(e) Depuis le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Autre (sans activité et sans recherche d'emploi)

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'entreprise : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Votre entreprise a-t-elle plus de 9 salariés ?  Oui  Non

Si oui, demandez à votre employeur le nom de l'organisme collecteur du 1%

Organisme collecteur : \_\_\_\_\_

### le conjoint ou co-demandeur

Métier : \_\_\_\_\_

- Emploi à durée indéterminée
  Emploi à durée déterminée, stage, intérim  
 Si C.D.D., date de la fin du contrat : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Chômage indemnisé
  Chômage non indemnisé
- Étudiant(e)
  Retraité(e) Depuis le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Autre (sans activité et sans recherche d'emploi)

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'entreprise : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Votre entreprise a-t-elle plus de 9 salariés ?  Oui  Non

Si oui, demandez à votre employeur le nom de l'organisme collecteur du 1%

Organisme collecteur : \_\_\_\_\_

# 5

## vos ressources mensuelles nettes

Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

| ATTENTION ! Indiquez les montants en EUROS                            | Demandeur | Conjoint ou co-demandeur | Autre(s) personne(s) |
|---|-----------|--------------------------|----------------------|
| Salaire net mensuel   | €         | €                        | €                    |
| Retraite nette mensuelle  | €         | €                        | €                    |
| ASSEDIC mensuelle   | €         | €                        | €                    |
| Pension alimentaire mensuelle <b>reçue</b>                            | €         | €                        | €                    |
| Pension alimentaire mensuelle <b>versée</b>                           | €         | €                        | €                    |
| Allocation Adulte Handicapé mensuelle (A. A. H.)                      | €         | €                        | €                    |
| Revenu Minimum d'Insertion mensuel (R. M. I.)                         | €         | €                        | €                    |
| Allocation Parent Isolé mensuelle (A. P. I.)                          | €         | €                        | €                    |
| Allocation Parentale d'Éducation mensuelle (A. P. E.)                 | €         | €                        | €                    |
| Minimum vieillesse mensuel  | €         | €                        | €                    |
| Allocations Familiales mensuelles (Allocation de soutien familial...) | €         | €                        | €                    |
| <b>hors</b> aide au logement  | €         | €                        | €                    |
| Autres (Fonds National de Solidarité, Pension d'Invalidité...)        | €         | €                        | €                    |
| <b>hors</b> aide au logement  | €         | €                        | €                    |

Cadre réservé à l'organisme

|                  |                        |  |  |
|------------------|------------------------|--|--|
| Revenu imposable | Année : ____/____/____ |  |  |
| Revenu imposable | Année : ____/____/____ |  |  |

# 6.

## vous logement actuel

### êtes-vous ?

- Propriétaire de votre logement
- Locataire dans un logement H.L.M.
- Locataire dans un logement privé
- Logé par les parents
- Logé par des amis ou des tiers
- Logé dans un foyer (F.J.T., centre maternel...)
- Sans domicile, C.H.R.S., foyer d'hébergement, hôtel...
- Habitat mobile (camping, caravane...)
- Logé par l'employeur

Si vous êtes locataire H.L.M., précisez dans quel organisme : \_\_\_\_\_

Montant du loyer mensuel hors charges et hors A. P. L. ou A. L. : \_\_\_\_\_ en euros

Nombre de chambres de votre logement actuel : \_\_\_\_\_

Montant mensuel d'A. P. L. ou d'A. L. : \_\_\_\_\_ en euros

Avez-vous un préavis ?  Non Si oui,  1 mois  2 mois  3 mois

### le motif de votre demande

Numérotez par ordre d'importance (1, 2, 3) vos 3 principaux motifs

- Indépendance souhaitée
- Futur mariage, union libre
- Divorce, séparation
- Rapproch. familial, des services
- Raisons de santé
- Affectation professionnelle nouvelle
- Eloignement du lieu de travail
- Coût du logement trop élevé
- Echec à l'accèsion
- Logement sinistré
- Résiliation de bail par le propriétaire
- Logement actuel mis en vente
- Vit dans un meublé, un hôtel
- Démolition
- Problèmes de voisinage
- Problèmes d'environnement
- Logement actuel trop petit
- Logt actuel trop grand
- Logement actuel inconfortable
- Etage actuel insatisfaisant

# 7.

## le logement que vous recherchez

- Appartement
- Maison exclusivement
- Indifférent

Nombre de chambres souhaitées : \_\_\_\_\_

Accepteriez-vous une chambre ouverte sur le séjour ?  Oui  Non

Garage :  Oui  Non Parking :  Oui  Non

Souhaitez-vous un logement adapté au fauteuil roulant ?  Oui  Non

Souhaitez-vous un logement adapté aux personnes à mobilité réduite ? Logement rez-de-chaussée:  Oui  Non

Logement desservi par ascenseur :  Oui  Non

|         | Commune souhaitée | Quartier souhaité | Opération souhaitée ou observations |
|---------|-------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Choix 1 |                   |                   |                                     |
| Choix 2 |                   |                   |                                     |
| Choix 3 |                   |                   |                                     |
| Choix 4 |                   |                   |                                     |
| Choix 5 |                   |                   |                                     |

Date souhaitée d'attribution : \_\_\_\_\_

Êtes-vous placé sous un régime de tutelle ?  Oui  Non

Si oui lequel ? \_\_\_\_\_

Vos remarques complémentaires : .....

.....

.....

Date : \_\_\_\_\_

Signature :



La copie de 2 derniers avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu est obligatoire pour toutes personnes vivant dans le foyer afin que votre demande soit enregistrée.  
**Attention ! En cas de proposition de logement, les bailleurs sociaux seront amenés à solliciter des pièces justificatives complémentaires.**