

# 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 :	<input type="text"/>
Votre handicap est-il reconnu par la Maison départementale des personnes handicapées ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<b>Si vous êtes en contact régulier avec un référent de la Maison départementale des personnes handicapées ou un travailleur social ou une association</b> (d'aide aux personnes handicapées ou d'aide à domicile), merci d'indiquer son nom et ses coordonnées professionnelles :	
Nom :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>
Mail :	<input type="text"/> @ <input type="text"/>
S'il s'agit d'un organisme, avez-vous élu domicile auprès de lui ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

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) ?			
<input type="text"/>			
Autres besoins, précisez : <input type="text"/>			

(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.