



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 <input type="text"/> <input type="text"/> année en cours moins 2 (par exemple en 2023 c'est sur 2021)	E2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	E3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
Sur les revenus de l'année E4 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	E6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €

Revenus mensuels

Ressources du demandeur, du conjoint ou du codemandeur et des personnes fiscalement à leur charge qui vivent 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Retraite	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Allocation chômage / Indemnités	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pension alimentaire reçue	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pension d'invalidité	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Allocations familiales	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Allocation d'adulte handicapé (AAH)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Allocation d'éducation d'enfant handicapé	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Allocation journalière de présence parentale	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Revenu de solidarité active (RSA)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Allocation jeune enfant (PAJE)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ASPA (ex. minimum vieillesse)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Bourse étudiant	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prime d'activité	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Autres (hors APL ou ALS ou ALF)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>Pensions alimentaires que vous versez</i> E9	- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

 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.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.



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 :