

# 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"/>   |   |
| 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"/><br>Membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/><br>Membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/> | <b>Sensoriel</b> <input type="checkbox"/><br>Déficience auditive <input type="checkbox"/><br>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) :<br>- 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.