



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 :

Prénom :

Cadre réservé au service

Numéro de dossier :

La personne handicapée

Votre date de naissance :

J J M M A A A A

Votre handicap est-il reconnu par la Maison départementale des personnes handicapées ? Oui Non

Si vous êtes en contact régulier avec un référent de la Maison départementale des personnes handicapées ou un travailleur social ou une association (d'aide aux personnes handicapées ou d'aide à domicile), merci d'indiquer son nom et ses coordonnées professionnelles :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

@

S'il s'agit d'un organisme, avez-vous élu domicile auprès de lui ? Oui Non

Renseignements concernant votre handicap :

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| Nature du handicap | Moteur <input type="checkbox"/> | Sensoriel <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"/> |
| | Autre <input type="checkbox"/> Merci de préciser : | |
| 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="checkbox"/> |
| | | - 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 ⁽¹⁾ :

| | | |
|--|--|--|
| 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 (ex : besoins de services de santé de proximité) ?

Autres besoins, précisez :

(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.