



Questionnaire



Veillez compléter le questionnaire ci-dessous afin que votre demande puisse être mieux prise en compte

Renseignements concernant la demande

Demandeur

Nom : _____

Prénom : _____

N° de la demande : _____

(si vous avez déjà déposé une demande)

Personne à mobilité réduite

Adulte - merci d'indiquer le nombre : _____

Enfant - merci d'indiquer le nombre : _____

Si vous êtes en contact régulier avec une association (d'aide aux personnes handicapées ou d'aide à domicile), merci d'indiquer son nom et ses coordonnées :

Nom : _____

Adresse : _____

Type d'incapacité ou de handicap	<input type="checkbox"/> déficience de déplacement <input type="checkbox"/> déficience de manipulation <input type="checkbox"/> moteur <i>(si oui merci de préciser la déficience) :</i> <input type="checkbox"/> membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/> membre(s) supérieur(s)	<input type="checkbox"/> surdité <input type="checkbox"/> déficience visuelle <input type="checkbox"/> autre type d'incapacité ou de handicap
Nature de l'incapacité ou du handicap	<input type="checkbox"/> stabilisé	<input type="checkbox"/> évolutif
Aides techniques pour le déplacement	<input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> canne, béquille <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/> autres aides techniques <i>(merci de préciser) :</i> <input type="checkbox"/> lève personne <input type="checkbox"/> lit médicalisé <input type="checkbox"/> véhicule adapté
Capacité à monter des marches	<input type="checkbox"/> impossible <input type="checkbox"/> 1 à 3 marches	<input type="checkbox"/> 1 étage <input type="checkbox"/> Plus d'un étage
Tierce personne	<input type="checkbox"/> présence d'une tierce personne <i>(aide à domicile, aide soignante, veille de nuit)</i>	

Renseignements concernant le logement

Merci de préciser les équipements dont vous avez **impérativement** besoin ⁽¹⁾

Douche

Douche sans seuil

WC avec espace de transfert à gauche

WC avec espace de transfert à droite

Chambre pour une tierce personne (aide à domicile, aide soignante, veille de nuit)

Place de stationnement de largeur adaptée (3 m 30)

Autres besoins, précisez :

.....

.....

(1) plus le nombre d'équipements impératifs sera important, plus il sera difficile de trouver un logement adapté à votre handicap. Il est donc important que vous sélectionniez uniquement ceux qui vous sont indispensables.