

Demande de logement en Mayenne

Les bailleurs sociaux de la Mayenne, les services de l'Etat et les collectivités partenaires ont mis en œuvre un dispositif de gestion de la demande destiné à vous faciliter l'accès au logement social.

Désormais, vous pouvez adresser, déposer, mettre à jour ou renouveler votre demande auprès du partenaire de votre choix.*

Sans que vous ayez à intervenir de nouveau, votre demande sera enregistrée pour tous les bailleurs sociaux du département.

** Adresses et téléphones sur dépliant joint*

Conditions de dépôt et d'enregistrement de la demande

I- Attribution du numéro départemental unique

Les seules informations suivantes :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance
- Adresse
- Nombre de personnes à loger
- Localisation géographique souhaitée
- Indication si locataire H.L.M.

permettent l'obtention d'un **numéro départemental unique** garantissant votre inscription en tant que demandeur de logement locatif social (décret du 7/11/2000).

Une **attestation d'enregistrement départemental** vous sera délivrée.

ATTENTION : votre numéro départemental seul est insuffisant pour prétendre à l'attribution d'un logement locatif social.



II- Attribution d'un logement locatif social

Afin de recevoir des propositions de la part des bailleurs sociaux, il vous faut **impérativement remplir le présent imprimé commun de la demande et fournir les 2 derniers avis d'imposition** ou de non-imposition sur le revenu pour toutes les personnes vivant dans le foyer.

Un **récépissé du dépôt de dossier** vous sera remis :

- indiquant votre numéro unique pour les bailleurs sociaux de la Mayenne (**un seul dépôt suffit**).
- attestant de l'instruction de votre demande et de la transmission à chaque bailleur social du département.
- mentionnant les conditions:
 - de validité de votre demande (**12 mois**)
 - de radiation (acceptation écrite de l'attribution par le demandeur, non renouvellement, rejet de la demande par l'organisme compétent, renonciation écrite de la part du demandeur).

Ce dispositif a été agréé par la C.N.I.L. le 13 juillet 1998 (demande d'avis n°582047).

Les informations figurant sur cet imprimé feront l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à l'article 43 de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder à tout moment aux informations vous concernant auprès de la structure que vous avez contactée, afin d'en faire modifier le contenu si votre situation venait à changer.

Les destinataires de ces informations seront les Organismes du logement social, chargés de l'attribution des logements et leurs partenaires. En cas de litige et seulement dans ce cas, vous pouvez contacter le C.R.E.H.A. Ouest, 8 avenue des Thébaudières. 44800 Saint-Herblain.

Numéro de dossier : 0 5 3

1. **vosre identité****le demandeur**

M. Mme Mlle

à remplir en majuscules

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : Française Union européenne hors Union européenne**le conjoint ou co-locataire**

M. Mme Mlle

à remplir en majuscules

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : Française Union européenne hors Union européenne2. **où vous joindre ?**

Adresse : _____

Commune : _____

Code postal : _____

Téléphone personnel du demandeur : _____

Téléphone travail du demandeur : _____

Téléphone travail du conjoint ou du

co-locataire : _____

Autre téléphone : _____

E-Mail : _____

vosre situation de famille actuelle Célibataire Concubinage, union libre P.A.C.S. Veuf (ve) Marié(e) depuis le : _____ Divorcé(e) depuis le : _____ ou procédure en cours Séparé(e) depuis le : _____ ou procédure en cours3. **quelles autres personnes vivent dans le logement ?**

	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe		Lien de parenté ⁽¹⁾ (préciser si co-locataire)	Activité ⁽²⁾
			M	F		
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

Si naissance attendue, nombre d'enfants : _____

Date de naissance prévue : _____

⁽¹⁾ Ascendant / Enfant / Droit de visite / Garde alternée / Autre⁽²⁾ CDI / CDD / Chômage indemnisé / Chômage non indemnisé / Etudiant(e) / Intérim / Retraité(e) / Stage / Inactif(ve)

4.

vos situation professionnelle

le demandeur

Votre profession : _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chômage indemnisé | <input type="checkbox"/> Étudiant(e) |
| <input type="checkbox"/> Chômage non indemnisé | <input type="checkbox"/> Inactif(ve) |
| <input type="checkbox"/> Emploi à durée déterminée
Date de fin de contrat : /..... /..... | <input type="checkbox"/> Intérim |
| <input type="checkbox"/> Emploi à durée indéterminée | <input type="checkbox"/> Retraité(e) depuis le /..... /..... |
| | <input type="checkbox"/> Stage |

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

Commune : _____

Code postal : _____ N° SIRET : _____

Téléphone de l'entreprise : _____ Fax de l'entreprise : _____

Date d'entrée chez l'employeur : _____

Commune du lieu de travail : _____

Votre entreprise a-t-elle plus de 20 salariés ? Oui Non

Si oui, demandez à votre employeur le nom du ou des organisme(s) collecteur(s) du 1%

Organisme(s) collecteur(s) : _____

le conjoint ou co-locataire

Votre profession : _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chômage indemnisé | <input type="checkbox"/> Étudiant(e) |
| <input type="checkbox"/> Chômage non indemnisé | <input type="checkbox"/> Inactif(ve) |
| <input type="checkbox"/> Emploi à durée déterminée
Date de fin de contrat : /..... /..... | <input type="checkbox"/> Intérim |
| <input type="checkbox"/> Emploi à durée indéterminée | <input type="checkbox"/> Retraité(e) depuis le /..... /..... |
| | <input type="checkbox"/> Stage |

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

Commune : _____

Code postal : _____ N° SIRET : _____

Téléphone de l'entreprise : _____ Fax de l'entreprise : _____

Date d'entrée chez l'employeur : _____

Commune du lieu de travail : _____

Votre entreprise a-t-elle plus de 20 salariés ? Oui Non

Si oui, demandez à votre employeur le nom du ou des organisme(s) collecteur(s) du 1%

Organisme(s) collecteur(s) : _____

5.

vos ressources mensuelles nettes

Mois : Année :	Demandeur	Conjoint ou co-locataire	Autre(s) personne(s)
Salaire net mensuel	€	€	€
Retraite nette mensuelle	€	€	€
ASSEDIC mensuelle	€	€	€
Pension alimentaire mensuelle reçue	€	€	€
Pension alimentaire mensuelle versée	€	€	€
Allocation Adulte Handicapé mensuelle (A.A.H.)	€	€	€
Revenu mensuel de Solidarité Active (R.S.A.)	€	€	€
Allocation Jeune Enfant (P.A.J.E.)	€	€	€
Minimum vieillesse	€	€	€
Allocations Familiales mensuelles (hors aide au logement)	€	€	€
Autres (hors aide au logement)	€	€	€
Cadre réservé à l'organisme			
Revenus déclarés avant déductions et abattements de l'année :	€	€	€
Revenu fiscal de référence :	€	€	€
Revenus déclarés avant déductions et abattements de l'année :	€	€	€
Revenu fiscal de référence :	€	€	€

6.

vosre logement actuel

êtes-vous ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Logé par l'employeur | <input type="checkbox"/> Logé dans des locaux impropres à l'habitation (cave, sous-sol, garage, combles, cabane...) | <input type="checkbox"/> Logé dans un foyer (F.J.T.)* |
| <input type="checkbox"/> Logé par les parents | <input type="checkbox"/> Habitat mobile (camping, caravane...) | <input type="checkbox"/> C.A.D.A.* |
| <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement H.L.M. | <input type="checkbox"/> Hôtel | <input type="checkbox"/> C.H.R.S.* |
| <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement privé | <input type="checkbox"/> Sans domicile | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement d'urgence* |
| <input type="checkbox"/> Locataire dans un logement communal | <input type="checkbox"/> Logé par des amis ou des tiers* | <input type="checkbox"/> Résidences sociales, maisons relais, centres maternels* |
| <input type="checkbox"/> Propriétaire de votre logement | | <input type="checkbox"/> Sous-location* |

*Pour tous ces statuts, pouvez-vous préciser depuis quelle date y-êtes-vous logé ? /..... /.....

Si vous êtes locataire H.L.M., précisez auprès de quel organisme : _____

Si vous êtes logé par les parents, des amis ou des tiers et que ceux-ci sont locataires H.L.M., précisez auprès de quel organisme : _____

Quel est votre type de logement ? Studio T1 T2 T3 T4 T5 T6 T7

Montant du loyer mensuel hors charges et hors A.P.L. ou A.L. : _____ €

Montant mensuel d'A.P.L. ou d'A.L. : _____ €

Avez-vous un préavis ? Non Si oui, 1 mois 2 mois 3 mois Quelle est votre catégorie de logement ?

Êtes-vous à jour du paiement de vos loyers et charges ? Oui Non Collectif Individuel

Combien de personnes occupent votre logement ? _____ Votre logement est-il manifestement sur-occupé ? Oui Non

le motif de votre demande

Numérotez par ordre d'importance (1, 2, 3) vos 3 principaux motifs

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Affectation professionnelle nouvelle | <input type="checkbox"/> Expulsion, date du jugement : /..... /..... | <input type="checkbox"/> Logement présentant un caractère indécent |
| <input type="checkbox"/> Coût du logement trop élevé | <input type="checkbox"/> Futur mariage, union libre | <input type="checkbox"/> Logement présentant un caractère insalubre ou dangereux |
| <input type="checkbox"/> Démolition | <input type="checkbox"/> Indépendance souhaitée | <input type="checkbox"/> Problèmes d'environnement |
| <input type="checkbox"/> Divorce, séparation | <input type="checkbox"/> Logement actuel mis en vente | <input type="checkbox"/> Problèmes de voisinage |
| <input type="checkbox"/> Échec à l'accession | <input type="checkbox"/> Logement actuel trop grand | <input type="checkbox"/> Raisons de santé |
| <input type="checkbox"/> Éloignement du lieu de travail | <input type="checkbox"/> Logement actuel trop petit | <input type="checkbox"/> Rapprochement familial, des services |
| <input type="checkbox"/> Étage actuel insatisfaisant | | <input type="checkbox"/> Résiliation de bail par le propriétaire |

7.

le logement que vous recherchez

- Appartement Maison exclusivement Indifférent Nombre de chambres souhaitées : _____
- Accepteriez-vous une chambre ouverte sur le séjour ? Oui Non Garage : Oui Non Parking : Oui Non
- Montant maximum souhaité du loyer (hors charges) _____ €
- Souhaitez-vous un logement adapté au fauteuil roulant ? Oui Non
- Souhaitez-vous un logement adapté aux personnes à mobilité réduite ? Logement rez-de-chaussée : Oui Non
- Logement desservi par ascenseur : Oui Non

	Commune souhaitée	Quartier souhaité	Résidence souhaitée
Choix 1			
Choix 2			
Choix 3			

Date souhaitée d'attribution : _____

Êtes-vous placé sous un régime de tutelle ? Oui Non Si oui lequel ? _____

Une personne peut-elle se porter caution pour vous ? Non Si oui, Caution familiale Caution par un tiers Locapass

Avez-vous déposé un dossier Fonds de Solidarité Logement (F.S.L.) ? Non Si oui, date de la décision : /..... /.....

Vos remarques complémentaires

.....

.....

.....

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus et m'engage à fournir tous les éléments en cas de modification de ma situation.

Date : _____ Signature : _____

AVERTISSEMENT ! En cas de proposition de logement, les bailleurs sociaux pourront être amenés à solliciter des pièces justificatives complémentaires.