MAISON DE L'HABITAT

COMPLÉMENT À LA DEMANDE DE LOGEMENT ADAPTÉ AU(X) HANDICAPS(S)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE

DEMANDEUR

Nom ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Prénom ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Personnes concernées par le handicap

☐ Adultes Nombre ☐☐

☐ Enfants 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 : ....

Mail: ....Tél: ....

Un membre de votre famille a une carte CRHD **OUI** ☐ **NON** ☐ **Pourcentage** ☐☐

Date de fin de validité ☐☐☐☐☐☐

Suivi social : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Nom & Prénom : ....

Organisme : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ **Logement à aménager**	☐ Handicap dans les déplacements ☐ Handicap moteur qui porte sur les membres inférieurs ☐ Handicap moteur qui porte sur les membres supérieurs	
	Aides techniques pour le déplacement	**Autres aides techniques pour le déplacement**
	☐ Aucune ☐ Canne, béquille ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant manuel ☐ Fauteuil roulant électrique	☐ Léve personne ☐ Lit médicalisé ☐ Chaise douche ☐ Véhicule adapté **Équipements nécessaires** ☐ salle de bain adaptée ☐ WC adapté ☐ Chambre avec une tierce personne (aide ☐ à domicile, veille de nuit) ☐ Place de stationnement daaptée
☐ **Logement à adapter**	☐ Déficience visuelle ☐ Déficience auditive ☐ Autre	
☐ **Capacité à monter des marches**	☐ Impossible ☐ 1 à 3 marches	☐ 1 étage ☐ Plus d'un étage
☐ **Tierce personne**	☐ Présence d'une tierce personne (aide à domicile, aide soignante, veuille de nuit)	

Observations: