

PLAN DEPARTEMENTAL D'ACTION POUR LE LOGEMENT ET L'HEBERGEMENT DES PERSONNES DEFAVORISEES

Commission d'Examen des Situations Individuelles

OBJET DE LA DEMANDE (cocher la case correspondante)

Maintien dans le logement Relogement Etat du logement (remplir
obligatoirement la fiche Annexe1)

Les lois :

- de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998,
- portant Engagement National pour le Logement du 13 juillet 2006,
- instituant le Droit Au Logement Opposable du 5 mars 2007 et de Mobilisation pour le Logement et la Lutte contre l'Exclusion du 25 mars 2009,

Réaffirment la vocation des PDALPD institués par la loi du 31 mai 1990 dite loi BESSON, à répondre aux besoins des publics connaissant des difficultés économiques et/ou sociales.

Le PDALHPD propose divers outils dont :

- La **Charte départementale de prévention des expulsions locatives**. La mise en œuvre a été confiée à l'ADIL sur le département hors territoire de la communauté de l'agglomération du Grand Dax qui est confiée à la Maison Du Logement.
- Le **Contingent Prioritaire** : accès au logement public sur l'ensemble du département.
- Le **dispositif de recherche de logement** :
 - La **Maîtrise d'Oeuvre Urbaine et Sociale Recherche et Action pour le Logement (MOUS RAL)** confiée à SOLIHA dont l'objectif est d'aider à la recherche et à l'accès au logement, sur l'ensemble du département (parc privé et public).
 - Le **dispositif de sous-location** : porté par ALP-LISA/PIL (Prévention Insertion Logement) pour Mont-de-Marsan et Saint-Pierre-du-Mont, et la Maison du Logement pour la Communauté d'agglomération du Grand Dax. L'objectif consiste à aider à l'accès au logement avec accompagnement social.
- Le **dispositif de lutte contre l'habitat indigne** : Fiche en Annexe 2 à **transmettre au Pôle LHI de la DDTM**

SITUATION FAMILIALE

MADAME

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

N° ALLOCATAIRE : CAF

MSA

célibataire marié(e) pacsé(e) union libre séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

ADRESSE :

.....

.....

Tel :

Courriel :@.....

Enfant(s) à charge et/ou autre(s) personne(s) vivant au foyer

Nom Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation scolaire/ professionnelle	Localisation scolaire/ professionnelle	Enfant en garde alternée (cocher si oui)
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>

La famille dispose-t-elle d'un moyen de locomotion : Oui Préciser le type :
 Non

RESSOURCES MENSUELLES (sans l'aide au logement)

	NATURE (si salaire, préciser le type de contrat travail)	MONTANT	LIEU DE TRAVAIL
Madame TOTAL :
Monsieur TOTAL :
Autres personnes au foyer TOTAL :

Aides au logement

Existe-il un droit ouvert à une aide au logement ? Oui Non Si oui, montant : €

Aide au logement versé en tiers payant : Oui Non

L'aide au logement est-elle suspendue : Oui Non Si oui depuis le : ____ / ____ / ____

Si aucun droit ouvert, le montant de l'aide a-t-il été estimé ? Oui Non

Si oui, montant : €

Dossier de surendettement Oui Non

Si oui : Dossier en cours d'étude Plan accordé Plan rejeté

Procédure de rétablissement personnel Moratoire

Date de fin du plan ou du moratoire :

MODE DE LOGEMENT ACTUEL

1. Statut du demandeur :

Sans logement Hébergé : Famille Particulier Structure Précisez :

Locataire dans : Parc privé Parc public autre (camping) Montant loyer (brut) : €

Accédant à la propriété : Remboursement d'emprunt (brut par mois) :€

Propriétaire

2. Logement actuel

Type de logement : Individuel Mitoyen Collectif

Meublé Nu

T1 T2 T3 T4 et plus

Type de bail : 1 an 3 ans 6 ans verbal

Date d'entrée dans les lieux : ____ / ____ / ____

Etat des lieux : Oui Non Montant du dépôt de garantie :€

3. Coordonnées du bailleur

NOM :

ADRESSE:

Tél. : ____ / ____ / ____ / ____

4. Existence d'une dette liée au logement actuel

Oui Non Date du début de l'impayé : ____ / ____ / ____

Si oui, montant :€ Précisez (loyer, assurance, eau, électricité, gaz...) :

Origine de l'impayé :

5. Démarches effectuées pour régulariser la situation de la dette

Proposition d'un plan d'apurement : Oui Non Si oui, montant :€/mois

Demande d'aide financière auprès de :

Oui Non Date du dépôt : ____ / ____ / ____

Décision de la Commission : En cours d'étude Accord Refus Ajournement

Si accord, préciser le montant de l'aide :€

Inscription de la dette dans un dossier de surendettement : Oui Non

MOTIF PRINCIPAL DE LA SAISINE DE RELOGEMENT

Expulsion Motifs : Etape juridique :

Vente du logement Préciser la date du congé écrit : ____ / ____ / ____

Congé Préciser la date du congé écrit : ____ / ____ / ____

Vérification obligatoire auprès de l'ADIL de la validité du congé, de la date d'échéance du bail et des procédures en vigueur.

Etat du logement : Compléter obligatoirement la fiche d'évaluation / Annexe 2

Logement inadapté : Aux ressources A la taille de la famille
 A la mobilité/transport Handicap - santé (compléter l'Annexe 1)

Séparation **Décohabitation** **Absence de logement**

BESOINS EN RELOGEMENT

Logement de type : T1 T2 T3 T4 et +

Conditions particulières : (exemples : mode de vie...) _____

Si animaux, préciser nombre et espèce : _____

Localisation souhaitée : 1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____

Motifs du choix de localisation : _____

1- Recherches dans le parc public :

Précisez les demandes ou renouvellements de logements HLM datant de moins d'un an auprès d'un ou plusieurs des organismes suivants : AQUITANIS, CIL des Landes, CLAIRSIENNE, HABITAT SUD ATLANTIQUE, ICF ATLANTIQUE, LE COL, OPH de Dax, OPH des Landes, SA HABITAT LANDES OCEANE, SA HLM COLIGNY, SA HLM ERILIA, SAGEC ATLANTIQUE, SIREs, SNI, 1 % patronal, certaines communes :

Numéro unique SNE :

Organismes	Date de dépôt	Organismes	Date de dépôt

Saisine du Contingent prioritaire : Oui Non Date : ____ / ____ / ____

Saisine DALO : Oui Non Date : ____ / ____ / ____

Saisine SIAO : Oui Non Date : ____ / ____ / ____

Avez-vous refusé une attribution de logements HLM ? : Oui Non Date : ____ / ____ / ____

Motif : _____

2- Recherches dans le parc privé :

Oui Non

Si oui, préciser (agences, particuliers) : _____

PARTIE RESERVEE AU DEMANDEUR

NOM

PRENOM

Motifs de la demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

JUSTIFICATIFS PRESENTES AU TRAVAILLEUR SOCIAL

- × Justificatif d'identité, livret de famille
- × Avis d'imposition de l'année précédente
- × Justificatifs de ressources
- × En cas de surendettement, attestation de dépôt du dossier, décision de la Commission et plan
- × Bail et quittances de loyer à jour
- × En cas d'impayés, courrier(s) reçu(s) ou étape de la procédure d'expulsion
- × En cas de résiliation du bail, courrier(s) reçu(s)
- × Récépissé(s) de(s) demande(s) de logement HLM
- × Autre(s) - préciser :

Je certifie exact tous les renseignements fournis lors de l'instruction de ma demande.

J'accepte :

- **que mon dossier soit étudié en Commission d'examen des situations individuelles.**
- **que le dispositif en charge de mon dossier me contacte et mette en place les propositions faites par la Commission d'examen des situations individuelles et un suivi adapté.**

A

, le

Signature du demandeur

Les informations recueillies lors de votre demande font l'objet d'une saisie informatique ; la Loi du 06 janvier 1978 modifiée en 2004, Art.27, vous autorise un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Il vous convient de vous adresser, en justifiant de votre identité, à la DDSP des Landes. Les réponses aux questions, strictement liées à l'objet de votre demande, sont obligatoires et confidentielles. À défaut, votre demande ne pourra être prise en compte ou ne pourra l'être que partiellement.

ANNEXES**Annexe 1**

- **Complément à la demande de logement social : Logement(s) adapté(s) au(x) handicap(s)**

Annexe 2

- **Fiche d'évaluation de l'état du logement dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne**

Chacun des futurs occupants du logement ayant besoin d'un logement adapté au handicap doit remplir un questionnaire.

Numéro Unique d'Enregistrement

11

La personne handicapée (ou en perte d'autonomie)

Votre date de naissance

Votre handicap est-il reconnu par la Maison départementale des personnes handicapées ? 12 Oui 13 Non

Êtes-vous en contact régulier avec :

un référent de la Maison départementale des personnes handicapées ? 14 Oui 15 Non

un travailleur social ? 16 Oui 17 Non

une association (d'aide aux personnes handicapées ou d'aide à domicile) ? 18 Oui 19 Non

Si oui, merci d'indiquer son nom et ses coordonnées professionnelles :

Nom

Adresse Numéro Voie

Code postal Ville

Téléphone

Mail

S'il s'agit d'un organisme, avez-vous élu domicile auprès de lui ? 110 Oui 111 Non

Votre handicap

Nature du handicap ou de la perte d'autonomie

Moteur

112 Membre(s) supérieur(s) 113 Membre(s) inférieur(s)

Sensoriel

114 Déficience auditive 115 Déficience visuelle

Autre

Précisez :

Votre handicap est-il ? (cochez une seule case)

116 Stabilisé 117 Evolutif

Besoins en aides techniques

118 Aucune 119 Canne Béquille

120 Fauteuil roulant manuel 121 Déambulateur

122 Fauteuil roulant électrique 123 Lève-personne

124 Lit médicalisé

Capacité à monter des marches

125 Impossible 126 1 à 3 marches

127 1 étage 128 Plus d'un étage

Présence d'une tierce personne

(aide à domicile, aide soignant, veille de nuit)

Caractéristiques du logement que vous demandez

Les équipements dont vous avez impérativement besoin

129 Baignoire adaptée 130 Chambre avec une tierce personne (aide à domicile, aide soignant)

131 Douche sans seuil 132 Place de stationnement accessible et de largeur adaptée (3m30)

133 Ascenseur 134 WC avec espace de transfert

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.

Vos besoins particuliers quant à la localisation du logement et à son environnement

(ex : besoins de services de santé de proximité)

Autres besoins, précisez :

FICHE D'ÉVALUATION DE L'ÉTAT DU LOGEMENT DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE L'HABITAT INDIGNE

Vous occupez un logement qui présente des désordres portant
atteinte à votre sécurité ou à votre santé :

Oui Non

Si oui, complétez les éléments suivants.

Attention : cette procédure n'a pas pour objectif
l'attribution d'un logement social.

Renseignements généraux (occupant, logement)

OCCUPANTS :

LOGEMENT :

Nom, Prénom : N° Téléphone (impératif) : Mail : Nombre d'adulte(s) : Age : Nombre d'enfant(s) : Age : Présence d'animaux domestiques : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nombre : Le foyer est-il suivi par une assistante sociale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, nom et structure : Démarches engagées : L'occupant a-t-il engagé une démarche de relogement ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>L'occupant devra obligatoirement avoir averti, par écrit, le propriétaire des problèmes qu'il rencontre dans son logement, et transmettre une copie de ce courrier au pôle Habitat Indigne. Sans ce document, le dossier ne pourra pas être examiné en commission.</i> Si non, démarche entamée : Cette fiche a-t-elle été remplie à la demande de l'occupant ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Cette fiche a-t-elle été transmise avec l'accord de l'occupant ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Coordonnées de la personne ayant rempli la fiche : Nom et Prénom : Structure : Adresse : Téléphone : Mail : Date : Signature :	Adresse : Code Postal : 40..... Commune : Maison Individuelle <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Nombre de pièces principales : Locataire <input type="checkbox"/> Sous locataire <input type="checkbox"/> Propriétaire occupant <input type="checkbox"/> Logé gratuitement <input type="checkbox"/> Autre : précisez..... Logement meublé <input type="checkbox"/> Date d'entrée dans les lieux : Montant du loyer : Aides au logement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> N° allocataire : Coordonnées du propriétaire (à défaut gestionnaire du logement) : Nom, Prénom : Adresse : Numéro de téléphone :
--	--

Pièces à joindre : Copie du courrier au propriétaire (obligatoire)
Photos, (facultatif mais conseillées), diagnostics, rapports d'expertise.....

Fiche à retourner à : Direction Départementale des Territoires et de la Mer

SCH / Pôle Habitat indigne / PDLHI
351 boulevard St Médard – BP 369
40012 Mont de Marsan CEDEX

Tel : 05-58-51-31-76

Mail : ddtm-pole-ihl@landes.gouv.fr

<http://www.landes.gouv.fr/dispositif-de-lutte-contre-l-r228.html>

DESCRIPTION DES DESORDRES

Habitabilité du logement

- Logement situé en sous-sol, cave
 - Logement sous les combles, mansardes
- Précisez si particularité du logement(local commercial, garage, mobil-home, combles aménagés.....) :
-
-

- Pièces de vie sans fenêtre
- Éclairage insuffisant pour vivre sans éclairage électrique en pleine journée.

Sécurité du logement

- Installation électrique en mauvais état (*fils électriques dénudés, coupure électrique fréquente, absence de disjoncteur*)
- Fissures importantes
- Sols en mauvais état (*plancher affaissé, partiellement effondré...*)
- Plafonds en mauvais état (*plafond affaissé, chute de matériaux...*)
- Escalier et rampe en mauvais état
- Garde-corps dangereux
- Toiture dégradée (*infiltration eau...*)
- Façade dégradée (*mur fissuré, affaissé*)
- Présence de termites, mères

Confort et hygiène du logement

- **Sanitaires :**
 - WC et/ou salle de bain à l'extérieur du logement
 - Absence de WC, salle de bain
 - Absence d'eau chaude
 - Menuiseries extérieures (*fenêtres, volets ou porte d'entrée*)
 - Ne s'ouvrent ou ne se ferment pas
 - Laissent passer le vent ou la pluie
 - Humidité
 - Infiltrations Condensation
 - Moisissures importantes
 - Absence de système de ventilation (VMC, naturelle)
 - Dans la cuisine Dans la salle de bain
 - Dans les toilettes

- **Chauffage (type)**
 - Électrique Fuel Gaz Bois Pétrole
 - Absence de chauffage
 - Chauffage d'appoint (précisez :
 - Estimation du coût annuel du chauffage :
- **Assainissement**
 - Mauvaise évacuation des eaux usées et/ou odeurs
 - Système d'assainissement inexistant
- **Autres**
 - Absence d'alimentation en eau potable
 - Présence d'animaux nuisibles (*cafards, punaises de lits*)
 - Accumulation de déchets dans le logement

- Les désordres sont localisés dans les parties communes d'un immeuble collectif, précisez :

OBSERVATIONS

INFORMATIONS PRATIQUES :

Vous êtes locataire :

- Vous avez l'obligation de payer votre loyer, sauf si un arrêté municipal, préfectoral ou un jugement vous en dispense.
- Il est important de permettre l'accès à votre logement aux services compétents, qui pourront réaliser une ou plusieurs visites à votre domicile.

Vous êtes propriétaire :

L'Anah encourage les travaux de rénovation des logements en accordant des aides financières sous certaines conditions

Agence nationale de l'habitat (Anah)

www.anah.fr

www.monprojet.anah.gouv.fr

L'agence départementale d'information sur le logement (ADIL) offre une information juridique, financière et fiscale personnalisée et gratuite, sur toutes les questions relatives au logement

ADIL 40

125, rue Martin Luther King – 40000 Mont de Marsan (téléphone : 05 58 46 58 58)

Immeuble le Rubens – 14 avenue du Sablar 40100 Dax (téléphone : 05 58 91 00 11)