



DEMANDE D'ADAPTATION logement PMR

- N° Dossier locataire :
- Nom et Prénom :
- N° Téléphone : ■ Email :
- Situation familiale : ■ Composition familiale :
- Date d'entrée dans le logement :
- Groupe : ■ Typologie :
- Étage : ■ Ascenseur : OUI / NON

ÂGE	
Madame :	
Monsieur :	
Enfants/Parents :	
Autres :	

REVENUS MENSUELS	
Madame :	
Monsieur :	
Enfants/Parents :	
Co-titulaires :	
TOTAL :	

- Prestations familiales :
 - Montant AL/APL :
 - Montant RLS :

■ Motif de la demande :

- Perte d'autonomie - Précisez (exemple : vieillissement) :
- Personne à mobilité réduite - Précisez (exemple : fauteuil roulant) :

■ Quelles sont les adaptations du logement demandées ?

.....

.....

.....

■ Avez-vous pris contact avec un organisme (exemple : caisse de retraite, complémentaire santé, association) ?
Si oui, lequel ?

.....

CONTACTS À RENSEIGNER	Nom	N° Téléphone
Enfant/Aidant :		
Médecin en charge du suivi du locataire :		
Infirmier(e) :		
Ergothérapeute :		

■ Justificatifs à joindre :

- Avis d'imposition
- Photos de la pièce à adapter
- Avis médical
- Avis Ergothérapeute (optionnel)
- Devis (optionnel)

Commentaires :

Cadre réservé à l'administration

- Nom de la CGL/CESF :
- Avis de la CESF :
- Avis du gardien / Entretien du logement : Avis favorable Avis défavorable
- Date de visite du gardien :

DÉCISION DE LA COMMISSION

- Date de la commission :
- Nature de la demande :
- DÉCISION :
 - Demande acceptée
 - Demande refusée
 - Demande ajournée

■ **Si validation :**

Type de travaux accordés :

.....

.....

.....

Commentaires :