



Fiche de renseignements à compléter et à retourner à votre agence de Val Touraine Habitat

Le demandeur

Nom :	Prénom :	N° de contrat :
Adresse du logement :		N° de module :
		Date d'entrée dans le logement :
Téléphone :	Email :	

La personne souffrant de handicap(s) et/ou de dépendance

Nom :	Prénom :	Date de naissance :/...../.....
 Votre handicap est-il reconnu par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Merci de joindre un justificatif		
Vous êtes en contact avec un référent de la MDPH 37, un travailleur social ou une association d'aide à la personne merci de bien vouloir nous indiquer son nom et ses coordonnées professionnelles :		
 Votre dépendance est-elle reconnue par le Conseil général d'Indre-et-Loire ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, quel est votre degré de GIR..... Merci de joindre un justificatif		

Renseignements concernant votre handicap :

Nature du handicap	Moteur <input type="checkbox"/>	Sensoriel <input type="checkbox"/>
	Membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/>	Déficience auditive <input type="checkbox"/>
	Membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/>	Déficience visuelle <input type="checkbox"/>
Autre <input type="checkbox"/> Merci de préciser :		
Votre handicap est-il ?	Stabilisé <input type="checkbox"/>	Evolutif <input type="checkbox"/>
Aides techniques utilisées	Aucune <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/>
	Canne, Béquille <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/>
	Déambulateur <input type="checkbox"/>	Autres aides techniques (préciser) :
Capacité à monter des marches	Impossible <input type="checkbox"/>	1 étage <input type="checkbox"/>
	1 à 3 marches <input type="checkbox"/>	Plus d'un étage <input type="checkbox"/>
Tierce personne	Présence d'une tierce personne (aide à domicile, aide soignante, veille de nuit) <input type="checkbox"/>	

Renseignements concernant le logement :

Merci de préciser les équipements dont vous estimez avoir impérativement besoin

WC avec espace de transfert <input type="checkbox"/>	Douche sans seuil <input type="checkbox"/>	Chambre avec une tierce personne (aide à domicile, aide soignante, veille de nuit). <input type="checkbox"/>
Motorisation d'équipements (volets...) <input type="checkbox"/>	Ascenseur <input type="checkbox"/>	Place de stationnement accessible et de largeur adaptée (3m30) <input type="checkbox"/>
Autres <input type="checkbox"/>	Préciser	

Avez-vous des besoins particuliers à préciser ?

.....

.....

.....

Fait à _____ le _____ Signature(s) _____

Cadre réservé à Val Touraine Habitat

Formulaire reçu le :	Passage en Commission PMR le :
Référence interne GRC :	Avis de la Commission PMR :
Visa agence :	