



Fiche de renseignements à compléter et à retourner à votre agence de VAL TOURAINE HABITAT

Le demandeur

Nom : _____ N° de contrat : _____
 Prénom : _____ N° de module : _____
 Adresse du logement : _____ Date d'entrée
 Code postal - Ville : _____ dans le logement : _____
 Téléphone : _____ Email : _____

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

Nom : _____ Date de naissance :/...../.....
 Prénom : _____



Votre handicap est-il reconnu par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?

Oui Non

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 Non

Si oui, quel est votre degré de GIR :

Merci de joindre un justificatif

Renseignements concernant votre handicap :

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

Renseignements concernant le logement :

Merci de préciser les équipements dont vous estimez avoir impérativement besoin

- Douche WC avec espace de transfert Barre de maintien (salle de bain, WC, ...)
 Main courante Rampe d'accès extérieure Motorisation d'équipements (volets, ...)
 Place de stationnement accessible et de largeur adaptée (3m30)

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 : _____