

Demande d'un logement spécifique aux besoins d'une personne handicapée

BRUXELLES  WALLONIE

Nom de la personne handicapée : ..... N° Inscription logement social :  
Prénom : .....  
Sexe : Masculin - Féminin (1)      Date de naissance : .....  
Adresse : ..... Tél./GSM : .....  
Code postal - Ville : ..... E-mail : .....

1. Pour combien de personnes la demande de logement est-elle faite ?.....(parents - enfants - autres)

Nom et Prénom	Date naissance	M/F	Nom et Prénom	Date naissance	M/F
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

2. De quel genre d'handicap s'agit-il ? :      S'agit-il d'un handicap évolutif ? : OUI / NON (1)

3. Utilisez-vous un fauteuil roulant : OUI / NON (1) • manuel ? : OUI / NON (1) • électrique ? : OUI / NON (1)  
Si oui, l'utilisez-vous      • à l'extérieur : OUI / NON (1) • à l'intérieur du logement : OUI / NON (1)  
Si non, comment vous déplacez-vous? - canne(s)  - tribune  - appareil(s) de marche  - prothèse(s)   
Précisez svp : .....

4. Avez-vous besoin d'un logement adapté : OUI / NON (1)  
Devez-vous : • avoir un logement avec surface complémentaire pour le fauteuil roulant : OUI / NON (1)  
• avoir un parking de 3m50 de large : OUI / NON (1)  
• utiliser un ascenseur de 1m10 de largeur et de 1m40 de profondeur : OUI / NON (1)  
Pouvez-vous : • manoeuvrer une porte d'entrée non -motorisée: OUI / NON (1)  
• passer par une porte de 83 cm   
Avez-vous besoin : • des robinets à levier : OUI / NON (1) • des barres d'appui: OUI / NON (1)  
• un lève-personne pour la baignoire  - la douche  - le WC  - le lit   
• de fixer d'autres équipements • au mur  • au sol  • au plafond   
Utilisez-vous : • une baignoire : OUI / NON (1) - une douche: OUI / NON (1)  
Devez-vous : • avoir libre accès sous l'évier : OUI / NON (1) • sous le lavabo : OUI / NON (1)  
Utilisez-vous : • un WC de 50 cm de hauteur: OUI / NON (1) Si non, quelle hauteur ?.....cm  
Pour le transfert, face au WC, vous placez-vous à droite  à gauche  ou devant  celui-ci ?  
Avez-vous besoin d'une température supérieure à 22° dans le logement?: OUI / NON (1)

5. Avez-vous besoin d'être aidée :	Tous les jours : OUI / NON (1)
<u>Hebdomadaire ou occasionnel</u> : OUI / NON (1)	Pour l'habillage      OUI / NON (1)
Pour le nettoyage      OUI / NON (1)	Pour la toilette      OUI / NON (1)
Pour le bain      OUI / NON (1)	Pour les transferts (lit-WC...) OUI / NON (1)
Pour le repassage      OUI / NON (1)	Préparation des repas      OUI / NON (1)
Pour les courses      OUI / NON (1)	Pour la prise des repas      OUI / NON (1)
Pour les déplacements      OUI / NON (1)	Pendant la nuit      OUI / NON (1)
Autres : .....	A combien d'heures estimez-vous la
.....	demande d'aide par jour./nuit: .....

6. Remarques éventuelles : .....

Date .....      Signature de la personne handicapée  
(1) Biffer la mention inutile