



# Questionnaire



Veuillez compléter le questionnaire ci-dessous afin que votre demande puisse être mieux prise en compte

## Renseignements concernant la demande

### Demandeur

Nom : .....

Prénom : .....

N° de la demande : .....

(si vous avez déjà déposé une demande)

### Personne à mobilité réduite

Adulte - merci d'indiquer le nombre : [ ][ ]

Enfant - merci d'indiquer le nombre : [ ][ ]

Si vous êtes en contact régulier avec une association (d'aide aux personnes handicapées ou d'aide à domicile), merci d'indiquer son nom et ses coordonnées :

Nom : .....

Adresse : .....

<b>Type d'incapacité ou de handicap</b>	<input type="checkbox"/> déficience de déplacement <input type="checkbox"/> déficience de manipulation <input type="checkbox"/> moteur <i>(si oui merci de préciser la déficience) :</i> <input type="checkbox"/> membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/> membre(s) supérieur(s)	<input type="checkbox"/> surdité <input type="checkbox"/> déficience visuelle <input type="checkbox"/> autre type d'incapacité ou de handicap
<b>Nature de l'incapacité ou du handicap</b>	<input type="checkbox"/> stabilisé	<input type="checkbox"/> évolutif
<b>Aides techniques pour le déplacement</b>	<input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> canne, béquille <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/> autres aides techniques <i>(merci de préciser) :</i> <input type="checkbox"/> lève personne <input type="checkbox"/> lit médicalisé <input type="checkbox"/> véhicule adapté
<b>Capacité à monter des marches</b>	<input type="checkbox"/> impossible <input type="checkbox"/> 1 à 3 marches	<input type="checkbox"/> 1 étage <input type="checkbox"/> Plus d'un étage
<b>Tierce personne</b>	<input type="checkbox"/> présence d'une tierce personne <i>(aide à domicile, aide soignante, veille de nuit)</i>	

## Renseignements concernant le logement

Merci de préciser les équipements dont vous avez impérativement besoin <sup>(1)</sup>

Douche

Douche sans seuil

WC avec espace de transfert à gauche

WC avec espace de transfert à droite

Chambre pour une tierce personne *(aide à domicile, aide soignante, veille de nuit)*

Place de stationnement de largeur adaptée (3 m 30)

Autres besoins, précisez : .....

(1) plus le nombre d'équipements impératifs sera important, plus il sera difficile de trouver un logement adapté à votre handicap. Il est donc important que vous sélectionniez uniquement ceux qui vous sont indispensables.