



Service logement - T. 02/7721895
rue de la fleur d'oranger 1 bte 213 - 1150 Bruxelles

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 :
Hebdomadaire ou occasionnel : OUI / NON (1)

Pour le nettoyage	OUI / NON (1)	Tous les jours :	OUI / NON (1)
Pour le bain	OUI / NON (1)	Pour l'habillage	OUI / NON (1)
Pour le repassage	OUI / NON (1)	Pour la toilette	OUI / NON (1)
Pour les courses	OUI / NON (1)	Pour les transferts (lit-WC...)	OUI / NON (1)
Pour les déplacements	OUI / NON (1)	Préparation des repas	OUI / NON (1)
Autres :		Pour la prise des repas	OUI / NON (1)
.....		Pendant la nuit	OUI / NON (1)
		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

* VEUILLEZ RENVoyer CE FORMULAIRE A L'ADRESSE MENTIONNEE CI-DESSUS