

COMPLÉMENT À LA DEMANDE DE LOGEMENT COMMUNAL

Un questionnaire doit être renseigné pour chacune des personnes (demandeur, conjoint ou co-titulaire du bail, personnes fiscalement à charge) dont le handicap nécessite un logement adapté à leur situation

LE DEMANDEUR	Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/>
NOM :	NOM de jeune fille :	
Prénom :		

LA PERSONNE HANDICAPÉE
Date de naissance : / /
Votre handicap est-il reconnu par la Maison départementale des personnes handicapées ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si vous êtes en contact régulier avec un référent de la Maison départementale des personnes handicapées ou un travailleur social ou une association (d'aide aux personnes handicapées ou d'aide à domicile), merci d'indiquer son nom et ses coordonnées professionnelles :
NOM :
Adresse :
Téléphone :
Mail :
S'il s'agit d'un organisme, avez-vous élu domicile auprès de lui ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE HANDICAP
Nature du handicap :
<input type="checkbox"/> Moteur : Membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/> Membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sensoriel : Déficience auditive <input type="checkbox"/> Déficience visuelle <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre : merci de préciser :
Votre handicap est-il ? Stabilisé <input type="checkbox"/> Évolutif <input type="checkbox"/>
Besoins en aides techniques : Aucune <input type="checkbox"/> Canne, béquille <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Lève personne <input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/>
Autres aides techniques (merci de préciser) : <input type="checkbox"/>
Capacité à monter des marches : Impossible <input type="checkbox"/> 1 à 3 marches <input type="checkbox"/> 1 étage <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"/>
Autres besoins, précisez :
.....
.....
.....

Les informations recueillies sur ce formulaire sont nécessaires à la gestion de votre demande par la Commune qui est responsable du traitement de vos données personnelles collectées. Vos données personnelles reçues sont conservées par la Commune pendant toute la durée nécessaire au traitement de votre demande. Dans la limite de leurs attributions respectives, sont destinataires de tout ou partie des données les services et représentants de la Commune en charge des réponses aux demandes émises via ce formulaire. Aucun transfert de vos données hors de l'Union européenne n'est réalisé. Vous pouvez à tout moment demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité ou la limitation de vos données, ou bien vous opposer à leur traitement, en contactant la Commune :

- Par voie électronique à l'adresse : ndb.mairie@wanadoo.fr ;

- Par voie postale à l'adresse suivante : 285 rue de Savoie 73590 Notre-Dame de Bellecombe.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.