DEMANDE D'ADAPTATION DE LOGEMENT



Coordonnées du client-locataire					
Nom:					
Prénom :					
Adresse (Rue/Etage/Porte):					
Date de naissance :					
Téléphone :					
Cadre réservé à Lille Métropol	e Habitat				
Agence:					
Résidence :					
Date de construction du logement :					
Compte affaire :	UG:				
Affaire GRL:	Cd:				
Date GRL:		Entreprise :			
Date de visite à domicile conjointe :		Montant du devis :			
Date de visite entreprise :		Montant facturation :			
Date demande du diag :		Date de complétude			
Date réception du diag :		du tableau de bord :			
Date de commande :		Date de fin de dossier :			
Date de réception de chantier :					



Lille Métropole Habitat

OPH de la Métropole Européenne de Lille

Pour plus d'informations : www.lmh.fr

Tél: 09 70 249 249

Célibataire Marié(e)		Divorc Pacsé(é(e) - Séparé(e) (e)	Concubin(e) Veuf(ve)
Composition	actuelle	du foy	er	
Nome et prépe	mas das acci	upants	Date de naissance	Lian de paranté
Noms et préno	ins des occi	upants	Date de naissance	Lien de parenté
Appartement	Maison			
T1 T2 T3	T4 T5	T6	T7 Nombre de cha	mbre:
Ascenseur:	Oui	Non	Etage :	
Situation loca				
Avez-vous effectu		ande de r	nutation ?	
Oui Motif:				
NOH				
Motif de la de	emande			
3 la	•			In a sain 2
Quels sont les éq	uipements c	dont vous	s avez impérativement	besoin?
Quels sont les éq	uipements c	dont vous	avez impérativement	besoin?
Quels sont les éq	uipements c	dont vous	avez impérativement	besoin?
				besoin?
Renseignem	ents cond		avez impérativement t votre handicap	besoin?
	ents cond			besoin?
Renseignem	ents cond			besoin?
Renseignem Moteur: Sensoriel:	ents cond			besoin?
Renseignem Moteur:	ents cond			besoin?
Renseignem Moteur : Sensoriel :	ents cond	cernant		
Renseignem Moteur: Sensoriel: Déficience aud	ents conditive:	cernant	t votre handicap	
Renseignem Moteur: Sensoriel: Déficience aud Déficience visu Autres, précisez	ents cond	cernan	t votre handicap	
Renseignem Moteur: Sensoriel: Déficience aud Déficience visu Autres, précisez	ents conditive:	lomicil	t votre handicap	
Renseignem Moteur: Sensoriel: Déficience aud Déficience visu Autres, précisez	ents conditive: elle: ement à contraction accompa	lomicil	t votre handicap	
Renseignem Moteur: Sensoriel: Déficience aud Déficience visu Autres, précisez Accompagne Le bénéficiaire es	ents conditive: elle: ement à contraction accompa	lomicil	e par s son quotidien ? (Aide	
Renseignem Moteur: Sensoriel: Déficience aud Déficience visu Autres, précisez Accompagne Le bénéficiaire es	ents conditive: elle: ement à contraction accompa	lomicil	e par s son quotidien ? (Aide	
Renseignem Moteur: Sensoriel: Déficience aud Déficience visu Autres, précisez Accompagne Le bénéficiaire es	ents conditive: elle: ement à contraction accompa	lomicil	e par s son quotidien ? (Aide	e à la toilette, portage des repas, aide
Renseignem Moteur: Sensoriel: Déficience aud Déficience visu Autres, précisez Accompagne e bénéficiaire es ménagère, etc.)	ents conditive: elle: ement à contraction accompa	lomicil	e par s son quotidien ? (Aide	e à la toilette, portage des repas, aide

A joindre obligatoirement

Un certificat médical du médecin traitant précisant l'adaptation souhaitée en fonction du handicap

Et selon le cas:

Une photocopie de la carte d'invalidité

Une photocopie de rapport d'ergothérapeute justifiant la demande

Date de la demande d'adaptation :
Signature :

Les informations nominatives récoltées par LMH n'ont pour autre objet que le traitement efficace de votre demande. Si votre demande aboutit, LMH s'engage à ne conserver que les renseignements utiles à votre situation de locataire. Conforfément à la loi «Informatique et Libertés» du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à Lille Métropole Habitat. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

















