



# AUTO-DIAGNOSTIC DE LA DÉCENCE DE VOTRE LOGEMENT

Numéro allocataire

Nom et prénom

Adresse

Numéro de téléphone

Adresse mail

Questionnaire à imprimer et à retourner  
dûment complété et signé :

**Caisse d'allocations familiales**

**Service ULCV**

**Allée des soupirs**

**27 000 ÉVREUX**

ou par mail à [decence@caf27.caf.fr](mailto:decence@caf27.caf.fr)

► Votre logement présente-t-il des désordres ou des dégradations ?

## CONFIGURATION DE VOTRE LOGEMENT

Nombre de pièces principales de votre logement (salon, séjour, chambres):

## COMPOSITION DE VOTRE LOGEMENT

La pièce principale est-elle inférieure à 9m<sup>2</sup> ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

Les hauteurs sont-elles inférieures à 2,20 m ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

Certaines pièces d'habitation sont-elles situées en sous-sol ?

OUI

NON

Une pièce est-elle en comble ? Précisez

OUI

NON

## ECLAIREMENT

Absence de fenêtre dans une pièce principale (salon, séjour, chambres) ?

OUI

NON

Fenêtres suffisantes pour vivre sans éclairage électrique dans la journée ?

OUI

NON

Toutes les pièces disposent-elles d'ouvrants vers l'extérieur ?

OUI

NON

## EQUIPEMENT / CONFORT

### CHAUFFAGE

|                                                                                                                                               |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Disposez-vous d'une installation de chauffage permanente ?                                                                                    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <b>Si chauffage individuel</b> : Précisez : poêle à bois, à charbon, gaz, radiateurs électriques, autres ?                                    |                              |                              |
| <b>Si chauffage collectif</b> : Précisez : gaz, radiateurs électriques, autres ?                                                              |                              |                              |
| Votre chauffage est-il suffisant pour chauffer toutes les pièces ?                                                                            | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si vous utilisez un chauffage d'appoint précisez la nature : poêle à pétrole, bouteille mobile de gaz...)                                     |                              |                              |
| Le système d'évacuation des fumées vous paraît-il suffisant ? (défaut d'installation, absence de ventilation, bouches d'aération obstruées) ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

### INSTALLATION D'EAU

|                             |                              |                              |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Alimentation en eau potable | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Pression ou débit suffisant | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous de l'eau chaude ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

### SANITAIRES

|                                                                                                                 |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Y a-t-il un WC à l'intérieur du logement ?                                                                      | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| À l'extérieur loin du logement ?                                                                                | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Y a-t-il une séparation entre le WC et la cuisine ?                                                             | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Y a-t-il une salle d'eau ?                                                                                      | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| L'aménagement de la douche ou de la baignoire permet-elle l'intimité (pour les logements de plus d'une pièce) ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

## CUISINE OU COIN CUISINE

Y a-t-il une cuisine ou un coin cuisine ?

OUI

NON

## AÉRATION DU LOGEMENT

Y a-t-il des ventilations dans la salle de bain/WC (préciser : système de ventilation automatique type VMC ou grilles d'aération hautes et basses) ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

Y a-t-il une ventilation dans la cuisine (préciser : idem que précédemment)?

OUI

NON

NE SAIT PAS

Les autres pièces d'habitation (chambre, séjour, salon) disposent-elles d'une grille d'entrée d'air donnant sur l'extérieur ou de réglettes de ventilation sur les menuiseries ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

## ÉVACUATION DES EAUX USÉES

Y a-t-il un siphon pour l'évacuation des eaux usées ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

Y a-t-il des remontées d'eaux usées/d'odeurs ?

OUI

NON

## DÉGRADATIONS DANS VOTRE LOGEMENT

### L'INSTALLATION ÉLECTRIQUE

Avez-vous un compteur électrique individuel ?

OUI

NON

Y a-t-il un dispositif de coupure générale à l'intérieur de votre logement ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

Vous est-il facilement accessible ?

OUI

NON

Y a-t-il des prises raccordées à la terre ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

Les prises électriques sont-elles suffisantes ?

OUI

NON

L'électricité se coupe-t-elle fréquemment ?

OUI

NON

Y a-t-il des fils apparents dénudés ?

OUI

NON

## AUTRES

|                                                                                                          |                              |                              |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Présence anormale d'insectes/rongeurs ? Si oui à préciser.                                               | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                                      |
| Y a-t-il des traces d'humidité (moisissures, auréoles, cloques, salpêtre, champignons) dans les pièces ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                                      |
| Les portes et les fenêtres ferment-elles bien ?                                                          | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                                      |
| Fuite ou infiltration d'eau par les toits, les fenêtres et/ou les façades                                | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS |
| Y a-t-il des risques d'effondrement du plafond ? du plancher ? Sol déformé ?                             | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS |
| Les gardes corps et rambardes sont-ils présents et solides ?                                             | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                                      |
| Les murs présentent-ils des fissures, des lézardes ?                                                     | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS |
| Les peintures sont-elles dégradées ?                                                                     | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                                      |
| Notez-vous d'autres problèmes ? Si oui, à préciser                                                       | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                                      |

► Le questionnaire qui suit n'est à compléter que si vous résidez dans un immeuble.

Les parties et équipements d'usage collectif sont-ils dégradés ou dangereux ?

|                                                                                                                                   |                              |                              |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Les murs extérieurs présentent-ils des fissures et y a-t-il un risque de chute d'éléments (gouttières, tuiles, antenne, volets)   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS |
| Les murs à l'intérieur du bâtiment (couloirs, entrées...) présentent-ils des fissures et y a-t-il un risque de chute d'éléments ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                                      |
| Les garde-corps et rambardes sont-ils présents et solides ?                                                                       | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                                      |
| Les escaliers sont-ils en mauvais état, déformés, avec risques de chute ?                                                         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                                      |
| S'il y a un ascenseur, celui-ci fonctionne-t-il régulièrement et correctement ?                                                   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                                      |
| L'éclairage des entrées et couloirs est-il suffisant ?                                                                            | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |                                      |
| L'installation électrique vous semble-t-elle dangereuse ? (fil nu, compteur vétuste...)                                           | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS |

Des fuites ou infiltrations d'eau par la toiture ou la façade dans les parties communes ?

OUI

NON

Des eaux usées qui stagnent ou remontent ?

OUI

NON

La présence d'insectes/ rongeurs ? Si oui précisez.

OUI

NON

Des ordures ménagères non ramassées, des objets divers présents dans les couloirs et escaliers ?

OUI

NON

L'entretien de ces parties communes vous semble-t-il suffisant ?

OUI

NON

Avez-vous remarqué d'autres dégradations ou d'autres risques ? Si oui lesquels ?

OUI

NON

### COMMENTAIRES OU PRÉCISIONS :

Votre bailleur vous a-t-il fourni un DPE (diagnostic de performance énergétique) à l'entrée dans le logement ?

OUI

NON

Quelle étiquette énergétique ?

A

B

C

D

E

F

G

Avez-vous demandé au propriétaire des travaux de mise aux normes ?

OUI

NON

SI OUI, MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DE CE COURRIER AU QUESTIONNAIRE.

Êtes-vous d'accord pour qu'un technicien spécialisé de la CAF de L'Eure vous recontacte pour proposer éventuellement une visite de votre domicile ?

OUI

NON

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_

- Si des travaux sont à réaliser, vous devrez permettre l'accès à votre logement, aux entreprises ou à votre bailleur, en vue de la mise en conformité, sous peine de vous exposer à une suspension de votre aide au logement.
- Si un diagnostic de non décence est établi pour votre logement, il n'aura pas vocation à prioriser une demande de relogement dans le parc social.