

DEMANDE D'ÉLECTION DE DOMICILE

Décret n° 2016-641 du 19 mai 2016 relatif à la domiciliation des personnes sans domicile stable

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Mme M.

Nom(s) : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : __/__/____ Lieu de naissance : _____

Nom(s), prénom(s) et date de naissance des ayants droit :

Numéro de téléphone: _____

Courriel : _____

1^{ère} demande Renouvellement

Numéro d'usager (réservé à l'organisme domiciliataire) : _____

Demande à élire domicile auprès de l'organisme suivant : (à compléter par l'organisme)

Nom de l'organisme : _____

Responsable de l'organisme (Nom, Prénom, Fonction) : _____

Si organisme agréé, préfecture ayant délivré l'agrément : _____

Adresse postale : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

Fait à _____ le __/__/____

Je certifie l'exactitude de l'ensemble des éléments apportés en vue de la délivrance de cette attestation et m'engage à signaler immédiatement à l'organisme procédant à l'élection de domicile tout changement modifiant cette déclaration.

SIGNATURE DU DEMANDEUR

Fait à _____ le __/__/____

SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME

Le cachet de l'organisme fait office d'accusé de réception.

Tout organisme de domiciliation a obligation d'accuser réception de la demande, de proposer un entretien au demandeur et de notifier la décision d'accord ou de refus motivée à la demande dans un délai maximum de deux mois.

PROPOSITION D'ENTRETIEN

Vous êtes convoqué à un entretien le : __/__/____ à __ h __

avec : _____

à l'adresse suivante : _____

DÉCISION RELATIVE A LA DEMANDE D'ÉLECTION DE DOMICILE

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Mme M.

Nom(s) : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : __/__/____ Lieu de naissance : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORGANISME DOMICILIATAIRE

Nom de l'organisme : _____

Si organisme agréé, préfecture ayant délivré l'agrément : _____

Numéro d'agrément : _____

DÉCISION

Votre demande est : acceptée

refusée

Si applicable*, élection de domicile effectuée au titre de la commune ou de l'arrondissement : _____

Motif en cas de refus :

Orientation proposée :

Fait à _____ le __/__/____

SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME

Voies et délais de recours : Dans un délai de deux mois à compter de sa notification, la présente décision peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de l'autorité hiérarchique (maire, président du CCAS/CIAS ou directeur/président de l'organisme agréé) ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif dans le ressort duquel se situe l'organisme.

*Si l'organisme domiciliataire est un centre intercommunal d'action sociale (CIAS) ou un centre communal d'action sociale (CCAS) dont la commune est divisée en arrondissements.