

## 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<sup>ère</sup> 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 | 0 | 6 | | 0 | 9 | | 2 | 0 | 2 | 2 |

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 | 0 | 6 | | 0 | 9 | | 2 | 0 | 2 | 2 |

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

Numéro d'agrément: \_\_\_\_\_

Si organisme agréé, préfecture ayant délivré l'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.