

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 | | | | | | | |

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

SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME

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

Tout organisme de domiciliation a l'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 : _____

domiciliataire. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique. Les données issues de ce formulaire seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

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:

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or via email at john.smith@researchinstitute.org.

Orientation proposée:

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or via email at john.smith@researchinstitute.org.

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.