

Envoyé en préfecture le 11/07/2025

Reçu en préfecture le 11/07/2025

Publié le 11/07/2025



ID : 034-263400640-20250707-2025015-DE

ANNEXES

ENTRETIEN PRÉALABLE A LA DOMICILIATION

Ce support est proposé pour accompagner l'instruction du dossier

L'entretien préalable à la domiciliation doit également servir à informer la personne sur les droits et obligations liés à la domiciliation et sur le fonctionnement de l'organisme (règlement intérieur), ainsi qu'à faire le point lors du renouvellement, sur les démarches entreprises (logement, accès aux droits).

Première demande

Renouvellement

Date :

Entretien mené par :

Fonction :

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

| | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Madame | |
| <input type="checkbox"/> Monsieur | |
| NOM : | |
| Prénom : | |
| Né(e) le : | |
| A : | |
| Nationalité : | |

JUSTIFICATIFS D'IDENTITÉ

Pièces d'identité

Passeport

Titre de séjour

Autres :

Pas de justificatif

CHOIX DE LA STRUCTURE

- Lien avec la commune :
 - Séjour sur le territoire communal
 - Suivi médical ou social
 - Démarche auprès d'institutions ou d'associations
 - Lien familial
 - Emploi
 - Exercice de l'autorité parentale sur un ou des enfant(s) scolarisé(s)
 - Autres
 - Justificatifs : Oui Non
- Orientation par un professionnel :
- Conseil d'un ami/membre de la famille
- Autre :

SUIVI ET ACCOMPAGNEMENT

Prestations/ressources :

- Aucune
- Revenu de solidarité active (RSA) : depuis le
- Allocations familiales
- Retraite
- Allocation adulte handicapé (AAH)
- Salaire(s)
- Autres :

Autres droits ouverts :

- Complémentaire santé solidaire (CSS)
- Aide médicale d'état (AME) jusqu'au :

Identification du besoin / orientations potentielles :

- Informations sur les droits :
- Accès aux soins :
- Accès à un référent social :
- Ouverture de droit de base :
- Accès à la mise à l'abri/accueil de jour/maraude/115
- Démarches logement/hébergement :
- Point accueil écoute jeunes
- Autres

Orientation(s) vers :

Structure(s) ou personne(s) :

Coordonnées transmises :

DEMANDE D'ÉLECTION DE DOMICILE
Décret n° 2016-641 du 19 mai 2016 relatif à la domiciliation des personnes

Envoyé en préfecture le 11/07/2025

Reçu en préfecture le 11/07/2025

Publié le 11/07/2025

ID : 034-263400640-20250707-2025015-DE



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 domiciliaire) : _____

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

Nom de l'organisme : Centre Communal d'Action Sociale

Responsable de l'organisme (Nom, Prénom, Fonction) : THOMAS Christophe, Président du CCAS de Servian

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

Adresse postale : 70 Grand'Rue 34290 SERVIAN

Courriel : accueil@ccas-servian.fr

Téléphone : 04 67 39 74 13

Fait à Servian 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 Servian 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 : 70 Grand'Rue 34290 SERVIAN

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article 441-1 et suivants du code pénal). La loi punit également quiconque utilise une fausse identité ou un document administratif destiné à l'autorité publique (article 433-19 du code pénal). La loi 78-17 du 06/01/1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données apportées dans ce document. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme domiciliaire. 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

Envoyé en préfecture le 11/07/2025

Reçu en préfecture le 11/07/2025

Publié le 11/07/2025

Berger
Levrault

ID : 034-263400640-20250707-2025015-DE

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Mme M.

Nom(s) : _____

Prénom(s) : _____

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

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORGANISME DOMICILIAIRE

Nom de l'organisme : Centre Communal d'action Sociale

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

Numéro d'agrément : _____

DÉCISION

Votre demande est : acceptée

refusée

Motif en cas de refus :

Orientation proposée :

Fait à Servian 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.

ATTESTATION 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:

A élu domicile auprès de l'organisme suivant :

Nom de l'organisme : Centre Communal d'Action Sociale

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

Responsable de l'organisme (Nom, Prénom, Fonction) : THOMAS Christophe, Président du CCAS de Servian

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

Numéro d'agrément : _____

Adresse postale : 70 Grand'Rue 34290 SERVIAN

Courriel : accueil@ccas-servian.fr

Téléphone : 04 67 39 74 13

Son adresse postale est la suivante :

Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____

C.C.A.S.

70 Grand'Rue

34290 SERVIAN

DURÉE DE L'ATTESTATION

L'élection de domicile est accordée pour une durée d'un an.

Date de validité de l'attestation : __/__/____ au __/__/____

Il est recommandé de demander le renouvellement de l'élection de domicile au moins deux mois avant sa date d'échéance.

Date de première domiciliation au sein de l'organisme : __/__/____

Fait à Servian le __/__/__

SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME

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

PROCURATION

Je soussigné(e)

Née le à

Donne expressément pouvoir par la présence à :

Madame/Monsieur

.....

Demeurant à

.....

D'agir en mon nom auprès du CCAS de SERVIAN pour venir retirer mon courrier pour la période :

Du : au

Le mandataire s'engage à respecter les dispositions du règlement intérieur et à présenter un justificatif d'identité lorsqu'il agit au nom du mandant

Fait à, le

Signature du titulaire,

NOTIFICATION DE FIN D'ELECTION DE DOMICILE

Madame, Monsieur,

Nom :

PRENOM :

Né(e) le à

Une élection de domicile vous a été accordée à compter du par

CCAS de SERVIAN

Centre Communal d'Action Sociale

70 Grand'rue 34290 SERVIAN

04 67 39 74 13 – accueil@ccas-servian.fr

Cette domiciliation, d'une durée de douze mois, prend fin le

Vous pouvez solliciter le CCAS de SERVIAN, pour formuler une demande de renouvellement,

Dès lors, votre situation sera examinée afin de déterminer si vous remplissez toujours les conditions de délivrance d'une délivrance d'une élection de domicile

Le à

Signature,

NOTIFICATION DE RADIATION DE DOMICILIATION

Madame, Monsieur,

NOM :

PRENOM :

Date et lieu de naissance : le,/...../..... à

Une élection de domicile vous a été accordée a compter du Jusqu'au.....,

CCAS de Servian

Centre Communal d'Action Sociale

70 Grand'rue 34290 SERVIAN

04 67 39 74 13 – accueil@ccas-servian.fr

Toutefois, conformément aux article L 264-1 à L. 264-10 et D.264-15 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatifs à la domiciliation des personnes sans domicile stable, il est mis fin à votre élection de domicile avant sa date d'expiration, au motif que :

- Vous en avez fait la demande*
- Vous avez trouvé un domicile stable*
- Vous ne disposez plus de lien avec la commune*
- Vous ne vous êtes pas manifesté depuis plus de trois mois et votre dernier passage date du/...../..... Votre courrier sera réexpédié, à l'expéditeur, à partir de la date de la radiation.
- Autre (Préciser)

*Afin de vous permettre d'effectuer les démarches administratives liées à un changement d'adresse, votre courrier vous sera envoyé à la nouvelle adresse pendant trois mois. Passé ce délai, il sera réexpédié, à l'expéditeur, avec la mention « n'habite plus à l'adresse indiquée ».

Dans les deux mois suivant la présente notification, cette décision peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès du (de la) président(e) de l'organisme domiciliaire ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif compétent. A défaut de réponse du (de la) président(e) de l'organisme domiciliaire dans un délai de deux mois à compter du dépôt du recours gracieux, vous disposez à nouveau d'un délai de deux mois pour effectuer un recours contentieux auprès du tribunal administratif compétent.

Le à

Le Président du CCAS de SERVIAN