

**Annexe 5 : DÉCISION RELATIVE A LA 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 : \_\_\_\_\_

**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

L'attestation d'élection de domicile se trouve au verso de ce document.

 refusée

Motif en cas de refus :

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Orientation proposée :

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME**

## ATTESTATION D'ÉLECTION DE DOMICILE

### RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Mme       M.

Nom(s) : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Nom(s) et prénom(s) des ayants droit : \_\_\_\_\_

### A élu domicile auprès de l'organisme suivant :

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

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

Si organisme agréé, préfecture ayant délivré l'agrément : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Son adresse postale est la suivante :

Nom(s) : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_ le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME**