



GUIDE D'ENTRETIEN PREALABLE A LA DEMANDE D'ELECTION DE DOMICILE AGREMENT DELIVRE LE 15 JANVIER 2014

MONSIEUR

Né le :

Pièce d'identité

N° Téléphone :

MADAME

Née le :

Pièce d'identité

N° Téléphone :

Ayants droits

Nom	Prénom	Date de Naissance	Scolarité

LIEU DE STATIONNEMENT

- Aires d'accueil Justificatifs
- Aire de passage / Commune Justificatifs
- Terrain privé / Commune Justificatifs
- Itinérant de proximité

Motifs évoqués de non accès aux aires d'accueil

Attentes exprimées en matière de stationnement ou d'habitat

Freins actuels repérés

Leviers à travailler

LA DEMANDE D'ELECTION DE DOMICILE EST DEMANDEE POUR :

- RSA
- Allocation de solidarité spécifique
- Allocation d'assurance chômage
- Couverture maladie universelle et couverture maladie universelle complémentaire
- Allocation personnalisée d'autonomie
- Prestation de compensation
- Allocation adultes handicapés
- Inscription sur les listes électorales
- Délivrance d'un titre national d'identité (carte nationale d'identité, passeport)
- Aide juridictionnelle
- Autres (à préciser)

ADRESSE DEMANDEE POUR LA DOMICILIATION :

- Siège social – 19 rue Gutenberg – BP 4119 – 44341 BOUGUENAIS CEDEX
- Antenne de St Nazaire – 96 boulevard Victor Hugo – 44600 SAINT NAZAIRE

LE COURRIER :

En cas d'acceptation de votre demande d'élection de domicile, l'association réceptionnera et mettra à la disposition du déclarant l'ensemble du courrier qui lui est adressé.

Il s'engage à :

- Contacter le service courrier par téléphone ou au guichet au moins une fois par semaine
- Participer aux frais de réexpédition de son courrier
- Fournir des enveloppes de réexpédition (1€35 la petite et 3€50 la grande)

ACCOMPAGNEMENTS PROPOSES POUR L'ACCES AUX DROITS :

Actions	

AVIS SUR L'ORIENTATION :

Cf. Connaissance des salariés + Directrice

Acceptation au Relais	Secrétariat social & courrier
<input type="radio"/> Bouguenais <input type="radio"/> Saint Nazaire	Téléphone à la personne le :
Refus du Relais	Directrice
	Téléphone à la personne le :
Nouvelle orientation et observations	

DEMANDE D'ELECTION DE DOMICILE

L'élection de domicile est **valable 1 an** conformément au décret n° 2007-893 du 15 mai 2007.

L'(es) intéressé(s) déclarent ne pas avoir d'élection de domicile en cours dans un CCAS ou un autre organisme agréé aux fins de recevoir les mêmes prestations.

Fait à le

Signature Monsieur,

Signature Madame,



N°13482*02

MINISTERE DU LOGEMENT ET DE LA VILLE
MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE-MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES
MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

**ATTESTATION
D'ELECTION DE DOMICILE**

Cette attestation se compose d'une partie qui doit être remplie par l'organisme qui procède à l'élection de domicile et d'une déclaration sur l'honneur signée par celui qui demande l'attestation

Article 51 de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale

Décret n° 2007-893 du 15 mai 2007 et décret n° 2007-1124 du 20 juillet 2007 relatifs à la domiciliation des personnes sans domicile stable

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISME QUI PROCEDE A L'ELECTION DE DOMICILE

Melle Mme M.

NOM : _____

NOM D'USAGE : _____

PRENOM(S) : _____

Date de naissance : jour _____ mois _____ année _____

Lieu de naissance : _____
(commune, département, pays)

Références de la pièce justificative de l'identité présentée par le titulaire de l'attestation (le cas échéant) : _____

a élu domicile auprès de :

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORGANISME PROCEDANT A L'ELECTION DE DOMICILE

Centre communal d'action sociale ou centre intercommunal d'action sociale

Adresse :

Numéro de téléphone :

Organisme agréé par le Préfet en application des articles L. 264-6 et L. 264-7 du code de l'action sociale et des familles ou d'autres législations particulières

Nom de l'organisme : ASSOCIATION "LE RELAIS"

Nature de l'organisme (association, centre d'hébergement...) : ASSOCIATION

Adresse : 19 RUE GUTENBERG B.P 4119

44341 BOUGUENALS CEDEX

Numéro de téléphone : 02.51.70.69.20

Agrément :

Numéro :

Autorité de délivrance : CONSEIL GENERAL DE LOIRE ATLANTIQUE

Date de délivrance : 28 MAI 2013

Date d'expiration : 28 MAI 2016

CETTE ATTESTATION PEUT ETRE UTILISEE PAR SON TITULAIRE POUR :

- Le bénéfice de l'ensemble des prestations sociales mentionnées à l'article L. 264-1 du code de l'action sociale et des familles (RMI, CMU, PCH, APA, AAH...), la délivrance d'un titre national d'identité, l'inscription sur les listes électorales, l'aide juridique ;
- Le seul bénéfice du (des) droit(s) et prestation(s) sociale(s) énumérés ci après (1) :
 - Revenu minimum d'insertion
 - Allocation parent isolé et/ou autres prestations familiales
 - Allocation de solidarité spécifique
 - Allocation d'assurance chômage
 - Couverture maladie universelle et couverture maladie universelle complémentaire
 - Allocation personnalisée d'autonomie
 - Prestation de compensation
 - Allocation aux adultes handicapés
 - Inscription sur les listes électorales
 - Délivrance d'un titre national d'identité (carte nationale d'identité, passeport)
 - Aide juridictionnelle
 - Autres (préciser)

L'absence d'une adresse stable ne peut être opposée à une personne pour lui refuser l'exercice d'un droit, d'une prestation sociale ou l'accès à un service essentiel garanti par la loi, notamment en matière bancaire et postale, dès lors qu'elle dispose d'une attestation en cours de validité (article L. 264-3 du code de l'action sociale et des familles).

Cette attestation vaut également justificatif de domicile pour l'accès à un compte bancaire (article R. 312-2 du code monétaire et financier).

Conformément à l'article D. 264-6 du code de l'action sociale et des familles, l'organisme domiciliataire est tenu de réceptionner et de mettre à la disposition du titulaire de la présente attestation l'ensemble du courrier qui lui est adressé.

(1) Cocher le (les) droit(s) et prestation(s) qui sont mentionnés dans l'agrément.

Déclaration sur l'honneur du titulaire de l'attestation :

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.

J'autorise l'organisme ayant procédé à mon élection de domicile à transmettre cette attestation aux organismes de sécurité sociale et aux départements concernés en application des articles L. 161-2-1 et D. 161-2-1-1-1 du code de la sécurité sociale.

Fait à Bougvenais, le

L'élection de domicile expire le :

Signature du demandeur

Signature et cachet du responsable

Pour le Président,



AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE, DE TRANSPORT, D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e) Monsieur
Madame

Inscris mon (mes) enfant(s) aux activités d'animations loisirs et autorise le transport, les sorties extérieures à la
LA FARDIÈRE à le faire hospitaliser si besoin.

Noms, Prénoms et dates de naissance des enfants :
.....
.....

Numéros de téléphone en cas d'urgence :
Numéro de sécurité sociale :

Assurances

Nom de l'assurance : N° Contrat :

Les enfants inscrits aux animations loisirs devront avoir une assurance extra scolaire ou être couverts par la responsabilité civile des parents.

Remarques sur la santé (allergies alimentaires, ...) :

Le Relais ne peut être tenu pour responsable de la perte ou de la détérioration de vêtement et d'objets personnels

Procédure d'exclusion

En cas de problèmes d'incivilité (insultes, coups, ...), de détérioration de matériel, de mise en danger d'autrui et d'incorrection envers le personnel et les autres enfants, l'enfant concerné sera suspendu de toute activité.

Date
Signature des parents
Mère Père

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné, M, Mme Autorise
L'Equipe d'animation loisirs à transporter mon (mes) enfants(s) :

A l'hôpital, à faire effectuer les soins nécessaires et à l'opérer si son état l'y oblige. Les parents seront informés en cas d'hospitalisation par l'équipe et la direction du Relais.

Date
Signature des parents
Mère Père