**Demande à transmettre à evry.cph@ofii.fr**

**DEMANDE D'ADMISSION EN CENTRE PROVISOIRE D'HÉBERGEMENT**

**(CPH)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de la demande :** |  |
| **Structure d’hébergement :** | **Référent du ou des demandeur(s) :** |
| Structure : [ ] CADA [ ] AT-SA [ ] CAO [ ] HUDA [ ] AutreNom de la structure :Adresse : | Nom :Tel :Mail : |
| Région :Département : |
|

|  |
| --- |
| **COMPOSITION FAMILIALE** |
| (en chiffres) *(Si grossesse, compter +1)* |

 |
| **IDENTITÉ** |
|  | **DEMANDEUR** | **DEMANDERESSE** |
| Nom : |  |  |
| Prénom : |  |  |
| Date de naissance : |  |  |
| Nationalité : |  |  |
| Date d’entrée en France : |  |  |
| N°AGDREF : |  |  |
| Statut notifié le : |  |  |
| Grossesse en cours : | *Indiquer oui ou non + date d’accouchement :* |  |

|  |
| --- |
| **ENFANTS EN FRANCE** |
| **NOM** | **Prénom** | **Sexe** | **Date de naissance** | **Nationalité** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **FAMILLE À L’ETRANGER (si projet de réunification familiale)** |
| **NOM** | **Prénom** | **Sexe** | **Date de naissance** | **Nationalité** | **Lien de parenté** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SITUATION SOCIALE** |
| **Ressources** |
| RSA : | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| **Santé** |
| Existe-t-il des problèmes de santé ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Si oui, y a-t-il besoin d’un suivi particulier ?  |

|  |
| --- |
| **MOTIFS DE LA DEMANDE CPH** |
| **Souhait géographique :** |
| **Observations :** Si la demande concerne un(e) isolé(e), la cohabitation est-elle possible ? [ ]  OUI [ ]  NONSi non, expliquez pourquoi : |

|  |
| --- |
| **ACCORD ET SIGNATURE DU DEMANDEUR** |
| En date du .... /..../……  , je certifie vouloir un place d’hébergement en CPH : Signature du demandeur et le cas échéant de son conjoint :  |

|  |
| --- |
| **DEMANDE TRANSMISE AU CPH POUR ACCORD** |
| **Nom du CPH :** |
| **Lieu :**  |
| **Date de transmission :** |
| **AVIS DU CPH** |
| **Favorable** [ ]  **Défavorable** [ ]  |
| **Date de décision :**  |
| **Date d’accueil prévue[[1]](#footnote-1) :**  |

|  |
| --- |
| **DECISION DE L’OFII** |
| **Accord** [ ]  **Refus** [ ]  |
| **Date :** |
| **Signature de la DT :**  |

|  |
| --- |
| **DECISION DU DEMANDEUR** |

|  |
| --- |
| **Acceptation** [ ]  **Refus** [ ]  |
| **Motif :** |
| **Date et signature :** |

1. *En cas de non présentation du demandeur au CPH retenu pour le prendre en charge dans un délai de 5 jours suivant la date d’entrée prévue, la demande de CPH de l’intéressé est classée sans suite.* [↑](#footnote-ref-1)