**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 Autre  Nom 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  NON  Si 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)