



FICHE D'INSCRIPTION A UNE PRESTATION DU C.C.A.S.

Objet de la demande

- Aide à domicile Portage des repas à partir du
 Restauration à la Maison des Ans Toniques Restauration à la Résidence Renaître

Identité:	<u>du 1er bénéficiaire :</u>	<u>du 2ème bénéficiaire :</u>
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
N° de sécurité sociale :	N° de sécurité sociale :	Lien de parenté.....
Adresse :		
.....		
.....		
Type d'habitation :		
<input type="checkbox"/> Pavillon <input type="checkbox"/> Appartement Nombre de pièces : Ascenseur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Clés : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Bât : étage : Porte Code interphone :		
Téléphone (1) /___/___ - /___/___ - /___/___ - /___/___ - /___/___		
Téléphone (2) /___/___ - /___/___ - /___/___ - /___/___ - /___/___		
<u>Situation familiale :</u>		
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Divorcé(e)		

Origine de la demande

Madame / Monsieur - Nom : Prénom :
 Adresse :
 Tél :

Lien avec le bénéficiaire :
Comment avez-vous connu le service ?
.....

URGENT (*par ex, sortie hospitalisation...*) :
.....

Nom du Médecin Traitant :
Adresse :
Téléphone :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

▪ Nom : Prénom :
Adresse : Tél :
Lien avec le bénéficiaire :
.....

▪ Nom : Prénom :
Adresse : Tél :
Lien avec le bénéficiaire :
.....

▪ Nom : Prénom :
Adresse : Tél :
Lien avec le bénéficiaire :
.....

Description succincte de la situation :

.....
.....
.....
.....

Autres services présents au domicile :
.....
.....

Pour le Portage de repas

Livraison du repas souhaitée à compter du :

En cas d'inscription moins de 8 jours avant la date d'effet souhaitée, **recopier ci-dessous la mention** suivante : « Je reconnais avoir été informé et vouloir renoncer au délai de réflexion de 8 jours et demander le service avant » et signer.

La prestation du midi est obligatoire, le repas du soir est facultatif.

Vous souhaitez les repas : normaux allégés en sel allégés en sucre
 Midi, du lundi au vendredi **Soir**, du lundi au vendredi
 Samedi Midi **Soir**
 Dimanche Midi **Soir**
 Repas pour tous les jours fériés (livraison le jour ouvré précédent)

Le coût du repas est fixé en fonction des revenus du bénéficiaire. Pour tout renseignement appeler le service restauration : 01.40.96.73.98.

Les repas doivent impérativement être remis en main propre et ne peuvent être déposés à votre porte. Vous devez impérativement laisser à la personne qui livre **l'accès à votre réfrigérateur**. Les aliments ne doivent absolument pas être congelés et seront jetés si la date de consommation est dépassée.

Pour l'aide à domicile

Dossier de prise en charge : APA CNAV CNRACL MGEN
 DVS RSI Autres

Sans prise en charge Envoyé (en attente de réponse)

Pièces demandées

- Dernier avis d'imposition sur les revenus**
- Certificat médical indiquant la nécessité de la prestation**

Date et signature :

PARTIE RESERVEE AU C.C.A.S.

ENREGISTREMENT DE LA DEMANDE

Reçue par :

Date :

Nature du contact :

Téléphone

Mail

Courrier

Visite/à l'accueil

Télécopie

SUITES DONNEES

Évaluation à domicile :

Organisme extérieur

Interne

Date de l'évaluation à domicile : Le / ___ / ___ / - / ___ / ___ / - / ___ / ___ /

Date de l'évaluation téléphonique : Le / ___ / ___ / - / ___ / ___ / - / ___ / ___ /

Mise en place du service oui non

Si oui, date de la première intervention le / ___ / ___ / - / ___ / ___ / - / ___ / ___ /

Si non, raisons de l'abandon du service

.....
.....
.....

Si demande en attente,

Raisons

.....
.....
.....
.....

Documents

remis ou envoyés au bénéficiaire

retour C.C.A.S.

Livret d'accueil Le

Le Devis Le

Contrat Le

Le

Le