



Photo

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: du 1er bénéficiaire :

du 2ème bénéficiaire :

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Date de naissance : : Date de naissance :
.....

N° de sécurité sociale : N° de sécurité sociale

Lien de
parenté.....

Adresse :

.....

.....

Type d'habitation :

Pavillon

Appartement

Nombre de pièces :

Ascenseur : oui non Clés : oui non

Bât : étage : Porte Code interphone :

Téléphone (1) / ___ / ___ / - / ___ / ___ / - / ___ / ___ / - / ___ / ___ /

Téléphone (2) / ___ / ___ / - / ___ / ___ / - / ___ / ___ / - / ___ / ___ /

Situation familiale :

Célibataire

Marié(e)

Veuf(ve)

En couple

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.

Vous souhaitez les repas : normaux allégés en sel allégés en sucre
 Midi, du lundi au vendredi **Soir**, du lundi au vendredi
 Le week-end : (livraison le vendredi pour le samedi et le dimanche midis)
 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

Photocopie de la carte d'identité ou du livret de famille
 Dernier bulletin de pension pour les adhérents de la M.G.E.N.
 Titre ou brevet de pension pour les affiliés de la C.N.R.A.C.L. ou M.G.E.N.
 Document indiquant le N° de pension pour les pensionnés de la C.N.A.V.T.S.
 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

Evaluation 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

Le

Contrat

Le

Le