

## PORTAGE DE REPAS A DOMICILE FICHE DE PRE INSCRIPTION

Cadre réservé à l'administration

- Secteur :**  **Ambert**  
 **Arlanc**  
 **Cunhat**  
 **Haut Livradois**  
 **Olliergues**

**Tournée :**

- Facturation :  Personne seule  Couple  
 Prélèvement :  Oui  Non

### 1/5 – IDENTITE

Monsieur \_\_\_\_\_  
 Prénoms : \_\_\_\_\_

Né le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Dép. : \_\_\_\_\_  
 Pays de naissance \_\_\_\_\_  
 Num. Séc. Soc. / MSA : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code boîtier à clés ou interphone : \_\_\_\_\_

Précision sur l'adresse, l'habitation : \_\_\_\_\_

Madame \_\_\_\_\_  
 Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_  
 Née le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Dép. : \_\_\_\_\_  
 Pays de naissance \_\_\_\_\_  
 Num. Séc. Soc. / MSA : \_\_\_\_\_

CP – Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Situation familiale :  Célibataire  Concubinage  Pacsé(e)s, Marié(e)s  Veuf/veuve \*  
 Divorcé(e), Séparé(e), Rupture pacse \* \* **Précisez la date en cas de changement récent :** \_\_\_\_\_

### 2/5 – COORDONNEES DES PERSONNES PROCHES A JOINDRE

<b>Proche 1 :</b> _____ Amis/voisin ou Lien de parenté : _____ Mail : _____	Adresse : _____ Téléphone(s) : _____
---	---

<b>Proche 2 :</b> _____ Amis/voisin ou Lien de parenté : _____ Mail : _____	Adresse : _____ Téléphone(s) : _____
---	---

<b>Service d'aide à domicile :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui : Intervenant : _____	Structure : _____ Adresse : _____ Téléphone(s) : _____
--	--

<b>Service de soins à domicile : (cabinet infirmier, SSIAD...)</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui : Intervenant : _____	Structure : _____ Adresse : _____ Téléphone(s) : _____
--	--

<b>Médecin traitant :</b> _____	Adresse : _____ Téléphone(s) : _____
---------------------------------	---

<b>Tuteur/Curateur :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui : Nom : _____ Mail : _____	Adresse : _____ Téléphone(s) : _____
--	---

### 3/5 – COMMANDE

Inscription demandée le \_\_\_\_\_ par Mr/Mme \_\_\_\_\_

Lien avec la personne :  Parents/amis  Organisme  Assistant(e) Social(e)  autres : \_\_\_\_\_

Moyens :  par téléphone  au CIAS  par mail Téléphone : \_\_\_\_\_

Date souhaitée de la 1<sup>ère</sup> livraison : \_\_\_\_\_

Jours de livraison souhaités et nombre de repas souhaités :

Nombre de repas	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

**Allergies alimentaires**  OUI  NON

**Régime**  Allégé en sel\*

**Texture**  Viande hachée  Repas mixé

*\*Pour plus de renseignements, contactez le service*

**ADRESSE DE FACTURATION :**  Usager  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**REGLEMENT PAR MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA :**  Non  Oui

### 4/5 – SANTE

Est-ce que l'usager a une pathologie importante pouvant influencer sur le service :  Non  Oui

Souhaitez-vous en faire part ? \_\_\_\_\_

### 5/5 – PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Cette fiche remplie – « PORTAGE DE REPAS A DOMICILE - FICHE DE PRE INSCRIPTION »

Une copie de toutes les pages du dernier avis d'imposition ou de non-impositions. **En l'absence de ce justificatif, la collectivité appliquera le tarif maximum.** En cas de retard, une régularisation pourra être effectuée selon le montant du tarif. Cette régularisation restera limitée à 1 mois.

Le mandat de prélèvement SEPA rempli et signé avec RIB en cas de règlement par prélèvement

Pour les personnes concernées

Un avis d'un professionnel de santé

L'extrait de décision du juge des tutelles

**En cas de changement de coordonnées,** nous vous remercions d'en informer le service

Signature du demandeur

A ....., le .....