

## PORTAGE DE REPAS A DOMICILE FICHE DE PRE INSCRIPTION

Cadre réservé à l'administration

- Secteur :**  Ambert  
 Arlanc  
 Cunlhat  
 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 boitier 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

**Proche 1 :** \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 Amis/voisin ou Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_ Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

**Proche 2 :** \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 Amis/voisin ou Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_ Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

**Service d'aide à domicile :**  Non  Oui Si oui :  
 Intervenant : \_\_\_\_\_ Structure : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

**Service de soins à domicile :**  Non  Oui Si oui :  
**(cabinet infirmier, SSIAD...)**  
 Intervenant : \_\_\_\_\_ Structure : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

**Médecin traitant :** \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

**Tuteur/Curateur :**  Non  Oui Si oui :  
 Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_ 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	Samedi

Allergies alimentaires  OUI  NON

Régime  Allégé en sel\*

*\*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 \_\_\_\_\_