

## 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 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

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

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

**Tuteur/Curateur :**  Non  Oui Si oui : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone(s) : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_

### 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 .....