

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 _____	Madame _____
Prénoms : _____	Nom de jeune fille : _____
Né le : _____ à _____ Dép. : _____	Née le : _____ à _____ Dép. : _____
Pays de naissance : _____	Pays de naissance : _____
Num. Séc. Soc. / MSA : _____	Num. Séc. Soc. / MSA : _____
Adresse : _____	Téléphone fixe : _____
CP – Commune : _____	Téléphone portable : _____
Code boitier à clés ou interphone : _____	E-mail : _____
Précision sur l'adresse, l'habitation : _____	

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Concubinage ☐ Pacsé(e)s, Marié(e)s ☐ Veuf/veuve *

☐ Divorcé(e), Séparé(e), Rupture pacse * * En cas de changement récent, Veuillez le dater : _____

2/5 – COORDONNEES DES PERSONNES PROCHES A JOINDRE

Proche 1 : _____		Adresse : _____	
Amis/voisin ou Lien de parenté : _____		Téléphone(s) : _____	
Mail : _____			
Proche 2 : _____		Adresse : _____	
Amis/voisin ou Lien de parenté : _____		Téléphone(s) : _____	
Mail : _____			
Service d'aide à domicile : ☐ Non ☐ Oui Si oui :		Structure : _____	
Intervenant : _____		Adresse : _____	
		Téléphone(s) : _____	
Service de soins à domicile : ☐ Non ☐ Oui Si oui :		Structure : _____	
(cabinet infirmier, SSIAD...)		Adresse : _____	
Intervenant : _____		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^{ère} livraison : _____

Jours de livraison souhaités et nombre de repas souhaités :

Jour de livraison	Mardi	Jeudi	Samedi
Nombre de repas			

Allergies alimentaires ☐ OUI ☐ NON Si oui : _____
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'utilisateur 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 _____