Direction de la solidarite

Centre CommunAL d’ACTION SOCIALE

**FICHE D’INSCRIPTION**

**POUR UN SERVICE DE PORTAGE DE**

**DE REPAS À DOMICILE**

**BENEFICIAIRE :**

□ Madame : □ Monsieur :

Nom ……………………………………………………………………… Prénom  :………………………………………………………………………

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

Téléphone fixe :……………………………………………………. Téléphone mobile : ………………………………………………………

Mail ………………………………………………………………………….

□ Madame : □ Monsieur :

Nom ……………………………………………………………………… Prénom  :………………………………………………………………………

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

Téléphone fixe :……………………………………………………. Téléphone mobile : ………………………………………………………

Mail …………………………………………………………………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

□ 92190 MEUDON □ 92190 MEUDON-LA-FORET

Bâtiment : ………………………………….. Etage : …………………… Numéro de porte : ……………………………………

Code porte ou interphone :……………………………………………………………………………………………………………………………

Autres informations utiles au livreur : …………………………………………………………………………………………………………..

Code boite à clés : ………………………………..

Ou son représentant légal :

□ Madame : □ Monsieur :

Nom ……………………………………………………………………… Prénom  :………………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Agissant en qualité de …………………………………………………………………………………………………………………………………..

**PERSONNES A CONTACTER :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Aidant 1 | Aidant 2 |
| Nom/prénom |  |  |
| Adresse |  |  |
| Ville |  |  |
| Téléphone fixe |  |  |
| Téléphone portable |  |  |
| Mail |  |  |
| Dépositaire de clés | □ oui □ non | □ oui □ non |

INTERVENANTS EXTERIEURS :

**Infirmier :**

Nom :…………………………………………………………………… Fréquence : ……………………………………………………………………

Coordonnées téléphoniques et mails : ………………………………………………………..

**Aide à domicile** :

Organisme :…………………………………………………………………Fréquence : ………………………………………………………………

Coordonnées téléphoniques et mails : ………………………………………………………..

**Médecin traitant** :

Nom :……………………………………………………………………

Coordonnées téléphoniques et mails : ………………………………………………………..

**Mesures de protection judiciaire** :

□ Sauvegarde de justice □ Curatelle □ Tutelle

Nom : …………………………………………………………………………………………….

Coordonnées téléphoniques et mails : ………………………………………………………..

1. **FORMULE CHOISIE :**

□ FORMULE N° 1 – déjeuner complet  :

* Le déjeuner est composé de 5 composants : une entrée, un plat protidique et son accompagnement, un produit laitier, un dessert. Chaque déjeuner est accompagné d’eau et d’une demi-baguette en semaine ou de pain de campagne le week-end.

□ FORMULE N°2 – formule duo soit un déjeuner et une collation pour le soir :

* Le déjeuner est composé de 4 composants : une entrée, un plat protidique et son accompagnement, un dessert.
* La collation pour le soir est composée de 3 éléments : un potage ou une entrée, un produit laitier, un fruit ou dessert. Chaque déjeuner est accompagné d’eau et d’une demi-baguette en semaine ou de pain de campagne le week-end.

1. **REGIME DEMANDE** :

* □ REGIME CLASSIQUE
* □ REGIME SANS ADJONCTION DE SEL
* □ REGIME SANS AJOUT DE SUCRE
* □ REGIME SANS ADJONCTION DE SEL ET SANS AJOUT DE SUCRE

**Pour rappel** :

Les repas ne sont ni hachés, ni mixés ; En conséquence, les bénéficiaires ne doivent pas rencontrer de difficultés de mastication. Par ailleurs, le bénéficiaire ne doit pas avoir d’allergie alimentaire.

1. **MODALITES DE LIVRAISON :**

La livraison s'effectue le matin entre 8h et 11h45 par un chauffeur de la société de restauration « Saveurs et Vie ». Le bénéficiaire doit obligatoirement être présent.

□ Prestation de 5 jours doit du lundi au vendredi :

Livraison :

* Le lundi pour le lundi
* Le mardi pour le mardi
* Le mercredi pour le mercredi
* Le jeudi pour le jeudi et le vendredi

□ Prestation de 7 jours soit du lundi au dimanche :

Livraison :

* Le lundi pour le lundi
* Le mardi pour le mardi
* Le mercredi pour le mercredi
* Le jeudi pour le jeudi et le vendredi
* Le vendredi pour le samedi et le dimanche

- Pour les jours fériés un maillage spécifique de jours de livraison est prévu.

**TARIFICATION ET FACTURATION  :**

La participation financière des bénéficiaires est indexée aux revenus mentionnés sur l’avis d’imposition (Ligne Revenu Fiscal de Référence) et s’applique selon un taux d’effort compris :

* FORMULE N° 1 : déjeuner entre 0, 90 € et 10, 08 € par repas fourni
* FORUMULE N° 2 DUO (déjeuner et collation du soir) entre 0.90 € et 11.11 €

**Revenus mentionnés sur votre dernier avis d’imposition :**

**Ligne Revenu Fiscal de référence :………………………..**

Chaque début de mois, la facture vous sera adressée. Celle-ci est établie en fonction de votre tarification et du nombre de repas commandés sur le mois précédemment écoulé.

Le paiement doit s’effectuer auprès de la comptable du service maintien à domicile par :

* Chèque à l’ordre du trésor public,
* En espèce avec la somme exacte, dans les locaux du CCAS, service maintien à domicile aux jours et heures d’ouverture de la mairie,
* Par prélèvement automatique. Dans ce cas, il est nécessaire de nous adresser le mandat de prélèvement accompagné d’un Relevé d’Identité Bancaire.
* Par virement bancaire,

En cas de non-paiement, après mise en demeure restée sans effet pendant 3 mois, le service sera interrompu.

Chaque année, au mois de février/mars une attestation fiscale sera adressée aux bénéficiaires.