



Centre Communal d'Action Sociale

DEMANDE D'ADMISSION
AU PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

Ce formulaire est à retourner au service du repas à domicile complété, daté et signé accompagné des pièces justificatives précisées dans la notice d'informations préalables au portage de repas à domicile.

Je suis informé(e) que toute déclaration frauduleuse, inexacte ou incomplète de ma part dans la constitution de mon dossier est passible d'amende ou d'emprisonnement au titre du nouveau code pénal.

Je soussigné(e) :

☐ Madame

☐ Monsieur

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Né(e) le :

____ / ____ / ____ à : Ville : _____

Pays :

Nationalité :

☐ Française

☐ Européenne

☐ Autre : dans ce cas :

- Précisez la date de fin de validité de votre titre de séjour : ____ / ____ / ____

- ☐ J'atteste disposer d'un titre de séjour permanent

Je déclare : ☐ Vivre seul(e) à mon domicile

☐ Ne pas vivre seul(e) à mon domicile

Déclare sur l'honneur avoir établi mon domicile et résider de façon principale et effective à l'adresse suivante :

N° et rue : _____

Complément d'adresse : _____ Etage : _____

Code postal : 13170 Digicode / Informations d'accès : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Adresse électronique : _____

Coordonnées de mes proches à prévenir auprès desquels le Service des Repas à Domicile fera appel en cas de problème ou accident :

☐ Madame

☐ Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse (en option) : _____

Téléphones : _____

Lien (en option) : ☐ Enfant ☐ Famille ☐ Voisin ☐ Ami ☐ Autre

☐ Personne de confiance (à alerter en priorité)

☐ Madame

☐ Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse (en option) : _____

Téléphones : _____

Lien (en option) : ☐ Enfant ☐ Famille ☐ Voisin ☐ Ami ☐ Autre

☐ Personne de confiance (à alerter en priorité)

☐ Madame

☐ Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse (en option) : _____

Téléphones : _____

Lien (en option) : ☐ Enfant ☐ Famille ☐ Voisin ☐ Ami ☐ Autre

☐ Personne de confiance (à alerter en priorité)

Intervenants quotidiens à domicile qui peuvent éventuellement être alertés (infirmiers, aide à domicile) :

Nom/ Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone : _____

Nom/ Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone : _____

Modalités demandées pour la livraison :

Nombre de jours souhaités (minimum 3) : _____ précisez les jours et les modalités suivantes :

☐ Lundis ☐ Mardis ☐ Mercredis ☐ Jeudis ☐ Vendredis ☐ Samedis ☐ Dimanches

Régime : Choisissez votre régime alimentaire dans les catégories suivantes (aucune personnalisation n'est possible en dehors de ces options). Cochez une seule case :

☐ Régime normal ☐ Régime sans sel * ☐ Régime diabétique* ☐ Régime mixé*

☐ Régime haché*

* Pour ces régimes, le certificat médical est obligatoire (voir attestation jointe).

Attention, pour des raisons d'hygiène et de sécurité aucun repas ne peut être déposé devant les portes d'entrée. En cas de difficulté pour ouvrir une porte d'entrée, un trousseau de clés pourra être confié par vos soins au livreur afin que le repas soit déposé dans votre réfrigérateur.

☐ Je suis autonome pour ouvrir la porte d'entrée au livreur ;

☐ Je souhaite confier un trousseau de clés au livreur (les modalités seront vues ultérieurement).

Je suis informé(e) que :

Une fois le dossier validé par le service (retour de ce document, des pièces administratives demandées), j'ai deux mois pour renvoyer les documents réglementaires signés communiqués par le service. A défaut, ma demande sera classée sans suite. Il m'appartiendra de déposer une nouvelle demande si je désire toujours obtenir la prestation.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur ce formulaire et des documents joints.

Je m'engage à signaler immédiatement au CCAS des Pennes-Mirabeau tout changement intervenant sur ma situation.

Les Pennes-Mirabeau, le ____ / ____ / ____

La personne accompagnée, ou son représentant légal, ou la personne accompagnée d'un mandat de gestion d'affaire (article 1372 du code civil)

Mme/M. _____

Le CCAS des Pennes-Mirabeau collectent des données personnelles vous concernant pour le traitement de votre demande de portage de repas à domicile et l'exécution du service.

Vos données personnelles sont conservées pour la durée du service.

Conformément à la réglementation, vous pouvez accéder aux données vous concernant. Le cas échéant, vous pouvez demander la rectification ou l'effacement de celles-ci, obtenir la limitation du traitement de ces données, vous y opposer pour des raisons tenant à votre situation particulière ou organiser le sort de vos données post-mortem. Ces droits peuvent être exercés directement auprès du CCAS à l'adresse suivante : 8 avenue Général Leclerc 13170 Les Pennes-Mirabeau - dpo.ccas@vlpm.com. Si vous estimez que vos droits « Informatique et libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

ATTESTATION MEDICALE POUR LE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

A faire compléter par votre médecin traitant (ou à faire établir sur ordonnance libre).

Je soussigné(e), Docteur _____

Atteste par la présente que : ☐ Madame ☐ Monsieur

Se trouve dans l'une des situations suivantes :

- est dans l'impossibilité de sortir seul quotidiennement pour réaliser ses courses ;
- est dans l'incapacité d'effectuer un ou plusieurs actes de la vie quotidienne ;
- se trouve dans une situation à risque de par son isolement ou confinement domiciliaire ;
- est confronté à un état de santé spécifique ;

justifiant du besoin de bénéficier du service municipal de portage de repas à domicile.

Fait à _____

Le _____

Cachet et signature du médecin

**ATTESTATION MEDICALE POUR OBTENIR UN REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE DU
PORTAGE DE REPAS A DOMICILE**

A faire compléter par votre médecin traitant (ou à faire établir sur ordonnance libre)

Je soussigné(e), Docteur _____

Atteste par la présente que : ☐ Madame ☐ Monsieur

Doit pour raison de santé bénéficier du régime alimentaire spécifique suivant (un seul choix possible) :

- ☐ Régime normal
- ☐ Régime sans sel *
- ☐ Régime diabétique*
- ☐ Régime mixé*
- ☐ Régime haché*

Fait à _____

Le _____

Cachet et signature du médecin