



ROUVROY62



Portage des repas

Personnes âgées ou à mobilité réduite

Renseignements :

Identité :

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Tel fixe :

Tel portable :

Adresse :

.....

.....

Situation familiale :

Célibataire

Veuf(ve)

Concubinage

Marié(e)

Divorcé(e)

Je souhaite bénéficier du service de portage de repas à domicile.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement et m'engage à recevoir l'agent référent du CCAS afin qu'il procède à la constitution de ma demande et à l'évaluation de ma situation.

+ 60 ans

- 60 ans avec incapacité temporaire

Reconnaissance MDPH

APA



Fiche de liaison :

Référent 1 à contacter:

Nom:

Prénom:

Adresse:

.....

Tel :

Lien avec la personne prise en charge :

Référent 2 à contacter:

Nom:

Prénom:

Adresse:

.....

Tel :

Lien avec la personne prise en charge :

Régime d'affiliation sécurité sociale :

Régime :

Numéro :

Caisse de retraite : CARSAT Minier SNCF Autres

précisez autre :

Médecin traitant :

Téléphone :

Infirmière :

Téléphone :

Régime alimentaire:

Télé-assistance : Oui Non Boîte à clef : Oui Non

Code :



Portage des repas

Personnes âgées ou à mobilité réduite

Association d'aide à domicile / HAD :

Oui

Non

- Organisme :.....
- Fréquence de passage :.....
-

Remarques et précisions divers :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à:

Signature :

Le :