



**C.C.A.S. DE BASTIA**  
**SERVICE DE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE – ARRICATA DI RIPASTI IN CASA**

**FICHE D'INSCRIPTION**

**BENEFICIAIRE**

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Etage :**

**Code portail :**

**Situation familiale :**

**Célibataire**

**Marié(e)**

**Divorcé(e)**

**Veuf(ve)**

**PERSONNE(S) A PREVENIR** (par ordre de priorité)

**Personne 1 :**

**Nom prénom adresse :**

**Tél domicile :**

**Tél portable :**

**Personne 2 :**

**Nom prénom adresse :**

**Tél domicile :**

**Tél portable :**

**Infirmier :** (éventuellement si intervention régulière)

**Nom prénom**

**Tél professionnel :**

**Médecin traitant :**

**Nom prénom**

**Tél professionnel :**

**Vous souhaitez bénéficier du service de portage de repas les jours suivants :**

<b>LUNDI</b>	<b>MARDI</b>	<b>MERCREDI</b>	<b>JEUDI</b>	<b>VENDREDI</b>	<b>SAMEDI</b>	<b>DIMANCHE</b>

(cocher les jours souhaités)

**NOUS VOUS RAPPELONS QUE NOS REPAS NE SONT PAS ADAPTES AUX REGIMES ALIMENTAIRES SPECIFIQUES**

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :**

Vous êtes :  locataire  propriétaire

Votre caisse de retraite principale est :

Organisme(s) vous versant une retraite complémentaire ou une pension d'invalidité :

Le montant de vos ressources mensuelles (hors AL et APL) s'établit selon la composition de votre foyer comme suit :

Personne isolée :  0 € à 870 €  871 € à 1015 €  1 016 € à 1 300 €

Couple bénéficiaire :  0 € à 1 350 €  1 351 € à 1 523 €  1 524 € à 1 600 €

Etes-vous bénéficiaire de l'APA ? OUI  NON

Si oui identifiez votre GIR :

1  2  3  4  5  6

Bénéficiez-vous de l'une des prestations suivantes ?

Aide-ménagère  Auxiliaire de vie  Télé alarme

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements mentionnés, m'engage à respecter les conditions générales de fonctionnement du service figurant dans le règlement intérieur ci-joint.

BASTIA, le

Pièces à joindre obligatoirement au dossier d'inscription :

Pièce d'identité ou livret de famille

Dernier avis de non-imposition

Justificatif de domicile (de moins de 3 mois)

Tous les justificatifs des ressources mensuelles du foyer

Notification précisant le taux de handicap

RIB