



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 :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE

(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