

Centre Communal d'Action Sociale – Cagnes sur mer
Téléphone : 04 92 02 47 55 – Télécopie : 04 92 02 47 57
37 Avenue de la Gare – Bâtiment AGORA – 06800 Cagnes sur Mer
Courriel : mad@ccas-cagnes.fr

Listes des documents à fournir pour la constitution d'un dossier de « PORTAGE DE REPAS A DOMICILE »

Dossier individuel et personnel

- Certificat médical type (fourni) à faire remplir par le médecin traitant ou sur papier libre à l'entête du médecin
- Dernier avis d'imposition ou de non imposition sauf si vous disposez d'une prise en charge repas à domicile par un autre organisme (APA, caisse de retraite, Mutuelle, ARDH...)
- 3 derniers relevés bancaires mensuels de tous les comptes du foyer fiscal (EX : juin/juillet/août) sauf si vous disposez d'une prise en charge repas à domicile par un autre organisme (APA, caisse de retraite, Mutuelle, ARDH...)
- En cas de refus de votre part de fournir les justificatifs bancaires et avis d'imposition, un courrier type d'accord « plein tarif » vous sera proposé
- Justificatif d'une prise en charge d'aide à domicile (même si la personne n'est pas servie par le CCAS en aide à domicile) ou repas (APA, Caisse de retraite, Mutuelle, Aide Sociale, ARDH....)
- Carte d'identité nationale, passeport ou carte de séjour
- Jugement de tutelle ou curatelle, le cas échéant
- Coordonnées des personnes à prévenir à renseigner au verso
(à remplir entièrement)

Tournez SVP 

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le CCAS de Cagnes-sur-Mer pour la gestion des dossiers bénéficiaires du service de portage de repas, la facturation et le contact des bénéficiaires du service.

Elles seront conservées selon les délais en vigueur.

Conformément à la loi "informatiques et libertés", vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant mad@ccas-cagnes.fr"

Coordonnées de la personne à servir :

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Etage : N° de téléphone :

Situation de famille : célibataire – marié(e) – divorcé(e) – veuf/ve

Coordonnées de la famille :

Nom / Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

Adresse :

Possède un double des clés de la personne à servir : oui / non

Mail :

Nom / Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

Adresse :

Possède un double des clés de la personne à servir : oui / non

Mail :

Nom / Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

Adresse :

Possède un double des clés de la personne à servir : oui / non

Mail :

Coordonnées des amis et voisins :

Nom / Prénom :

Lien : Téléphone :

Possède un double des clés de la personne à servir : oui / non

Nom / Prénom :

Lien : Téléphone :

Possède un double des clés de la personne à servir : oui / non

Coordonnées des intervenants à domicile :

Infirmière : Fréquence :

Nom/Prénom : Téléphone :

Nom/Prénom : Téléphone :

Kiné : Fréquence :

Nom/Prénom : Téléphone :

Aide à domicile : Fréquence :

Nom/Prénom : Téléphone :

Association : Téléphone :

Télé-assistance :

Association : Téléphone : Code boîtier :