ANNEXE 1

CENTRE COMMUNAL
D'ACTION SOCIALE
MAISON DES SERVICES PUBLICS
1 PLACE DE LA MAIRIE – BP 215
BEAUMONT-HAGUE
50442 LA HAGUE CEDEX

Fiche d'inscription
Service de Maintien à Domicile

INSCRIPTION POUR :

☐ LE PORTAGE DE REPAS ☐ ACTIONS COLLECTIVES

☐ L'ACCOMPAGNEMENT ☐ VISITES DE CONVIVIALITÉ

Coordonnées du (des) bénéficiaire(s)

Nom : ……. Prénom : …….

Date de naissance ..... /…….. /……...

Nom : ……. Prénom : …….

Date de naissance : ……... /……. /…….

Adresse : ……..

N° de Téléphone : ……..

Situation personnelle : ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf (ve)
☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e)

Etes-vous bénéficiaire de l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA) : ☐ OUI ☐ NON
Votre perte d'autonomie est évaluée en ☐ GIR1, ☐ GIR2, ☐ GIR3, ☐ GIR4
☐GIR5 ☐ GIR6 ☐ Aucun
Etes-vous en situation de handicap ☐ OUI ☐ NON

A renseigner uniquement pour le Portage de repas :
Etes-vous sous tutelle : ☐ OUI ☐ NON
Etes-vous sous curatelle : ☐ OUI ☐ NON
Bénéficiez-vous d'une Téléalarme ☐ OUI ☐ NON
Etes-vous équipé d'une caméra de surveillance intérieure ☐ OUI ☐ NON
Bénéficiez-vous d'intervenants à domicile (aide à domicile, soins infirmiers…)
☐ OUI ☐ NON

Contacts en cas de problème

❶ Nom : ……..…… Prénom :……..

Lien de parenté ou contractuel :……

Adresse :……

Tél. Domicile : ☎…….. / 📱 …….

❷Nom : …… Prénom :…….

Lien de parenté ou contractuel :……

Adresse :……

Tél. Domicile : ☎…….. / 📱 …….

Informations pour la mise en place du service

<u>Pour le portage de repas à domicile et les sorties</u> :

Suivez-vous un régime **:** ☐ OUI ☐ NON
(Si oui, vous devez fournir une attestation médicale (voir annexe 1)

<u>Pour l'accompagnement et les sorties :</u>

Avez-vous besoin d'un fauteuil roulant pour vos déplacements **:** ☐ OUI ☐ NON

Souhaitez-vous participer aux actions collectives organisées par le service de maintien à domicile ? (Sorties restaurant, animations collectives…) ☐ OUI ☐ NON

Souhaitez-vous bénéficier de visites de convivialité ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, autorisez-vous le service à utiliser les photos vous représentant prises dans le cadre de ces actions collectives ?

- A usage uniquement interne au CCAS ☐ OUI ☐ NON
- A usage externe par la diffusion à la presse ☐ OUI ☐ NON

<u>PARTIE A REMPLIR PAR LE SERVICE DE MAINTIEN A DOMICILE :</u>

Revenu fiscal de référence :……Nombre de personnes au foyer :…….
Quotient familial :……
Portage de repas : Tranche……Tarification :……
Accompagnement/sorties : Tranche……..

Nous vous informons que les données recueillies pourront être utilisées anonymement à des fins statistiques et de bilans. Par ailleurs pour des raisons liées à la gestion quotidienne de ces prestations certaines données personnelles, à savoir le nom, prénom, l'adresse, le numéro de téléphone, feront l'objet d'une inscription sur Arcopole, permettant votre géolocalisation.

A …….

Le ……

Signature du ou des bénéficiaire(s) ou du Responsable légal :

CONFÉRENCE DES FINANCEURS
POUR BIEN VIEILLIR
LA MANCHE