

FICHE D'ABONNEMENT AU PORTAGE de REPAS à DOMICILE

BENEFICIAIRES :

<input type="checkbox"/> Madame NOM :		Prénom :	
<input type="checkbox"/> Monsieur NOM :		Prénom :	
Adresse :			
<input type="checkbox"/> Rez de Chaussée	<input type="checkbox"/> Etage :	N° Porte :	<input type="checkbox"/> Accessible par code : N°
<input type="checkbox"/> Portail ouvert		<input type="checkbox"/> Clef disponible sur place :	
Tél Fixe : _ _ _ _ _		Tél Mobile : _ _ _ _ _	
Date de Naissance :		Nombre de personne vivant au foyer :	

AIDANT REFERENT :

<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	Lien avec le bénéficiaire :	
NOM :		Prénom :	
Adresse :		Ville :	
Tél Fixe : _ _ _ _ _		Tél Mobile : _ _ _ _ _	

RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTONOMIE du BENEFICIAIRE:

<u>VUE :</u>	<u>OÛÏE :</u>	<u>ELOCUTION :</u>	<u>MOBILITE :</u>
<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne
<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne
<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise
<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle
Autres Informations :			

INTERVENANTS A DOMICILE :

1 - Organisme :	Nom de l'intervenant :
Activité :	Tél :
Jours/Horaires d'intervention :	
2 - Organisme :	Nom de l'intervenant :
Activité :	Tél :
Jours/Horaires d'intervention :	

Toute modification ultérieure doit impérativement nous être signalée.

Dans le cadre de **notre service pour le maintien à domicile des personnes âgées**, il est indispensable que nous **puissions entrer en contact direct avec un proche du bénéficiaire** pouvant nous donner tous renseignements utiles en cas de nécessité. Ce qui peut **éviter, entre autres, l'intervention inutile des services d'urgences**.

Toute absence du domicile pendant le créneau horaire de livraison doit impérativement nous être signalée.

- Un **déla** *minimum de 48h* est nécessaire à la **mise en place** du portage de repas à domicile, de même pour **l'interruption** de ce portage quel qu'en soit le motif. Sachez que nous transmettons le planning de portage au prestataire chaque jeudi pour la semaine suivante et devons, à chaque variation, téléphoner et envoyer le planning modifié.
- La **livraison à domicile** est effectuée du lundi au vendredi, **entre 8h00 et 10h00** :
 - Les **jours fériés**, les repas sont livrés le jour précédent du jour férié, **soit 2 repas**.
 - Le **jeudi** sont livrés : le repas du jour et celui du vendredi, **soit 2 repas**.
 - Le **vendredi** sont livrés : le repas du samedi et dimanche, **soit 2 repas**.
- A ce jour, le **coût** du repas est de **5,78 €**
- Il est composé :
 1. **Pour le midi**, d'une entrée, d'un plat complet (viande ou poisson avec accompagnement), fromage et dessert.
 2. **Pour le soir**, d'un potage, d'un laitage et d'un dessert fruité.
- La facture peut être adressée à un tiers (nous le préciser), le règlement s'effectue à réception du document, auprès du trésor public de Marignane (indiqué sur la facture).

CHOIX DES JOURS DE PORTAGE :

LUNDI

MARDI

MERCREDI

JEUDI

VENDREDI

SAMEDI

DIMANCHE

REGIME ALIMENTAIRE :

SANS SEL

SANS SUCRE

Il est toujours possible de modifier les jours choisis, comme de suspendre la livraison en cas d'absence, en tenant compte du délai de 48h.

Date :	Signature de l'abonné : <i>(ou de son représentant - préciser)</i>	Cachet du CCAS :