PORTAGE DE REPAS À DOMICILE
DOSSIER D'INSCRIPTION

BÉNÉFICIAIRE

NOM : _____ **Prénom :** _____

NOM D'USAGE : _____

Date de naissance : _____ **Téléphone :** _____

Adresse : _____

_____

Etage : _____ Appt : _____ Code d'accès : _____ Remise clé ou badge au livreur ☐ oui ☐ non

Situation familiale : _____

Animaux au domicile : ☐ oui ☐ non Type : _____

REPAS

RÉGIME				
☐ Normal	☐ Sans sucre ajouté	☐ Sans sel ajouté	☐ Haché	☐ Mixé

LIVRAISONS		
☐ En main propre	☐ Dépôt pas de porte dans une glacière avec pains de glace	☐ Dépôt par le livreur dans le réfrigérateur de l'usager

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- **Télé assistance :** ☐ oui ☐ non

ENVIRONNEMENT MÉDICO-SOCIAL	NOM/ORGANISME	N° TÉLÉPHONE
Médecin traitant	.....	.....
Service infirmier	.....	.....
Service aide à domicile	.....	.....

ENVIRONNEMENT FAMILIAL (personnes à contacter en cas d'urgence)	ADRESSE	N° TÉLÉPHONE
Nom / prénom / lien	....	.....
Nom / prénom / lien	....	.....
Nom / prénom / lien	....	.....

TARIFICATION - *Tarifs applicables au 01/01/2025*

Nature de Prestations	Tarif à l'unité TTC
Repas avec portage à domicile	8,54 euros
Supplément Collation	3,00 euros
Supplément Potage	0.89 euros
Supplément Pain	0.34 euros

FACTURATION AUPRÈS DU TRÉSOR PUBLIC

Mode de règlement : ☐ virement ☐ carte bancaire

Facturation au nom de : ☐ bénéficiaire ☐ autre (nom/tél).....

Adresse de facturation : .....

.....

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR :

- Fiche d'inscription complétée et signée
- Carte Nationale d'Identité
- Justificatif de domicile du bénéficiaire
- Justificatif de domicile de la personne en charge du règlement
- Attestation de remise de clés ou badge au livreur
- Règlement portage de repas datée et signée 2 exemplaires
- Certificat médical pour les personnes dépendantes

- TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETÉ -

Claira, le
Signature du bénéficiaire