

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU SERVICE DE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

Document à compléter, à signer et à retourner au CCAS avec les pièces justificatives demandées
 Soit par voie postale : CCAS – 14 avenue du Maréchal Leclerc – 94430 Chennevières-sur-Marne
 Soit par courriel à l'adresse suivante : accueil.ccas@chennevieres.fr

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX MEMBRES DU FOYER

FOYER	DEMANDEUR	CONJOINT
NOM, Prénom		
Date de naissance		
Situation professionnelle		
Téléphone		
Courriel		
Adresse :		
Etage – N° de porte – Code interphone		

Situation familiale : ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Vie Maritale ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf (ve)

Possédez-vous un animal de compagnie ? ☐ Oui ☐ Non

Prestations	OUI / NON	Organisme et coordonnées	Jour d'intervention
Service Télé-assistance			
Service Aide à domicile			
Soins à domicile - SSIAD			

PORTAGE DE REPAS

Je souhaite bénéficier du service de portage de repas à domicile pour :

- ☐ Une durée indéterminée, à compter du
☐ Une durée déterminée couvrant la période du au

(Le délai de commande est de 48 heures à l'avance pour les repas normaux et de 8 jours pour les autres types de repas)

Jours de livraison	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi		Vendredi	
Jours de consommation	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
	☐ Midi	☐ Midi	☐ Midi	☐ Midi	☐ Midi	☐ Midi	☐ Midi
	☐ Soir	☐ Soir	☐ Soir	☐ Soir	☐ Soir	☐ Soir	☐ Soir
TYPE DE REPAS							
☐ Normal	☐ Sans sel	☐ Sans sucre	☐ Sans sel/sans sucre	☐ Sans Porc	☐ Mixé		

**PERSONNE CHEZ QUI LE REPAS PEUT ETRE DEPOSE EN CAS D'ABSENCE TEMPORAIRE
(À proximité et dont vous avez obtenu l'accord)**

NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE

PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN

NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

MODE DE REGLEMENT

☐ CHEQUE	☐ PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
---------------------------------	--

Le demandeur est informé qu'il a un mois pour fournir les pièces justificatives nécessaires à l'étude de sa demande à compter de la date de la réception de celle-ci. A défaut, la demande sera classée sans suite. Il appartient au demandeur de déposer une nouvelle demande d'inscription s'il désire toujours obtenir le service de portage de repas à son domicile.

Utilisation des données personnelles

Pour permettre l'instruction de la demande, les données du demandeur seront utilisées et exploitées dans un fichier informatisé du Centre Communal d'Action Sociale de Chennevières-sur-Marne. Le demandeur peut exercer son droit d'accès et de rectification de ses données auprès du CCAS.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur ce formulaire d'inscription et des pièces justificatives fournies. Je m'engage à signaler immédiatement au CCAS tout changement intervenant dans ma situation.

Fait à Chennevières-sur-Marne le :

Signature du demandeur ou celle de votre représentant

Personne concernée	Représentant du demandeur (nom-prénom-adresse)

CADRE RESERVE AU CCAS DE CHENNEVIERES SUR MARNE
TARIFICATION SERVICE DE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

MIDI	SOIR
Date de début du service de portage de repas	Date de fin du service de portage de repas

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR**Identité**

- ☐ Carte Nationale d'Identité
- ☐ Passeport
- ☐ Titre de séjour

Ressources

- ☐ Justificatifs de pensions, de retraites (principale et complémentaires)
- ☐ Avis de paiement de la Caisse d'Allocations Familiales
- ☐ Avis de paiement de la CRAMIF en cas de pension d'invalidité
- ☐ Avis d'imposition ou de non-imposition de l'année en cours
- ☐ Dernier relevé de compte de la Tutelle ou Curatelle

Charges

- ☐ Quittance de loyer
- ☐ Facture ou échéancier électricité, gaz, eau et Fioul
- ☐ Charges de copropriété
- ☐ Taxe d'habitation de l'année en cours
- ☐ Taxe foncière de l'année en cours
- ☐ Assurances (habitation, voiture)
- ☐ Frais de service de maintien à domicile
- ☐ Mutuelle

Autre justificatif

- ☐ Jugement de tutelle ou de curatelle

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat

F R 1 0 1 4 7 7

Zone réservée au créancier pour indiquer la RUM

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Société Française de Restauration et Services à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Société Française de Restauration et Services. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : □□□□□

Pays :

Ville :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Les coordonnées de votre compte

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Numéro d'identification international du compte bancaire IBAN (International Bank Account Number)

□□□□□□□□□□□□

Code International d'Identification de votre banque BIC (Bank Identifier Code)

NOM DU CREANCIER

Nom du créancier : SOCIETE FRANCAISE DE RESTAURATION ET SERVICES

Identifiant du créancier ICS : FR46ZZZ417640

Numéro et nom de rue : 6, rue de la Redoute

Code Postal Ville : 78280 GUYANCOURT

Pays : France

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif ☒Paiement ponctuel ☐

Fait à :

Le

Signature
d'une personne
ayant pouvoir
bancaire

Veuillez signer ici

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Original à envoyer à l'adresse ci-dessous
Accompagné d'un RIB

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à exercice, par ce dernier, des ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,

SODEXO - VILLE DE CHENNEVIERES
CDF - CP 132
6 rue de la redoute
78280 GUYANCOURT