

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



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 :