



**DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE
NOMINATIF PAR UN TIERS**

**RECENSEMENT DES PERSONNE AGEES ET
HANDICAPEES ISOLEES A DOMICILE.**

Je, soussigné(e) :

NOM :	Prénom :
Téléphone fixe :/...../...../...../.....	Téléphone portable :/...../...../...../.....

agissant en qualité de

service d'aide à domicile (SAD) ou Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
Médecin traitant
Autre (à préciser)

solicite l'inscription sur le registre des personnes âgées et handicapées isolées à domicile de :

NOM :	Prénom :
Né(e) le / /	à :
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Téléphone fixe :/...../...../...../.....	Téléphone portable :/...../...../...../.....

<input type="checkbox"/> En qualité de personne âgée de 65 ans et plus, résidant à domicile
<input type="checkbox"/> En qualité personne de plus de 60 ans reconnue inapte au travail, résidant à leur domicile
<input type="checkbox"/> En qualité personne adulte handicapée résidant à leur domicile
<input type="checkbox"/> En qualité personne vulnérable (isolée, sous traitement médical, femme enceinte)

Vit : seul(e) en couple

SERVICES DE MAINTIEN A DOMICILE

A ce jour, M. ou Mme..... bénéficie de l'intervention :

<input type="checkbox"/> Un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Nom et adresse de l'organisme : Tel :
<input type="checkbox"/> Un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou d'un(e) infirmier(e) libéral(e) : Nom et adresse de l'organisme : Tel :
<input type="checkbox"/> Un service de portage de repas : Nom et adresse de l'organisme : Tel :
<input type="checkbox"/> Un service de téléassistance Nom et adresse de l'organisme : Tel :
<input type="checkbox"/> Un autre service Nom et adresse de l'organisme : Tel :
<input type="checkbox"/> Aucun service à domicile

MEDECIN TRAITANT

NOM :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Téléphone fixe :/...../...../...../.....	Téléphone portable :/...../...../...../.....

PERSONNE(S) DE MON ENTOURAGE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM :	Prénom :
Lien (fils, fille, ami(e), voisin(e), etc.) :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Téléphone fixe :/...../...../...../.....	Téléphone portable :/...../...../...../.....

NOM :	Prénom :
Lien (fils, fille, ami(e), voisin(e), etc.) :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Téléphone fixe :/...../...../...../.....	Téléphone portable :/...../...../...../.....

NOM :	Prénom :
Lien (fils, fille, ami(e), voisin(e), etc.) :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Téléphone fixe :/...../...../...../.....	Téléphone portable :/...../...../...../.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées.

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de signaler au CCAS toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Fait à :

Le :

Signature de l'intéressé(e) :

Les informations recueillies dans le présent formulaire le sont dans le respect de la réglementation en vigueur applicable aux traitements de données à caractère personnel et, en particulier, le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018, dénommé règlement européen sur la protection des données (RGPD). Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Ce questionnaire est à retourner à :

CCAS – 1, Rue Victorin Maurel – 04 160 Château-Arnoux St Auban / r.gazzaniga@mairie-casa04.fr