

BULLETIN D'INSCRIPTION 2022

(Article L. 121-6-1 et R121-2 à 12 du code de l'action sociale et des familles)

Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES, soit:

- par la personne âgée ou la personne en situation de handicap,
- par un tiers ou représentant légal,

Et à retourner au CCAS de la Commune de La Meilleraie-Tilly—1 rue de la Prairie—85700 LA MEILLERAIE-TILLY

1—IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

M. Mme

NOM : PRÉNOM(S) :

NÉ(E) LE :/...../..... À

ADRESSE :

TÉLÉPHONE : SITUATION FAMILIALE : isolé(e) en couple en famille

Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan de gestion sanitaire des vagues de chaleur.

Je demande mon inscription :

- en qualité de personne âgée de 65 ans et plus,
- en qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail,
- en qualité de personne en situation de handicap.

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande écrite de ma part au CCAS de La Meilleraie-Tilly.

2—RÉFÉRENCES DU SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficier de l'intervention :

- d'un service d'aide à domicile

Nom du service :

Adresse :

Téléphone :

Nombre de passages :

- d'un service de soins infirmiers à domicile

Nom du service :

Adresse :

Téléphone :

Nombre de passages :
.....

d'un autre service

Nom du service :

Adresse :

Téléphone :

Nombre de passages :
.....

d'aucun service à domicile

3—PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

① NOM / PRÉNOM :

En qualité de :

Adresse :

Téléphone :

② NOM / PRÉNOM :

En qualité de :

Adresse :

Téléphone :

4—PÉRIODES D'ABSENCE ENTRE LE 1er JUIN ET LE 15 SEPTEMBRE 2022*

.....
.....

* si ces dates changent, nous vous remercions de nous le signaler en appelant le CCAS au 02 55 37 00 20

5—SI LE BULLETIN EST REMPLI PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES

M. Mme

NOM : PRÉNOM(S) :

NÉ(E) LE :/...../..... À

ADRESSE :

.....

TÉLÉPHONE :

Agissant en qualité de :

- Représentant légal
- Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile
- Médecin traitant
- Autre : (merci de le préciser)

La personne concernée est-elle informée de votre démarche d'inscription?

- oui non

J'atteste sur l'honneur l'exactitudes des informations communiquées dans la présente demande.

En cas de modification de ces informations, merci de nous contacter au 02 55 37 00 20.

- Je consens à ce que mes données personnelles soient utilisées par le CCAS pour me joindre quotidiennement par téléphone en cas d'alerte du niveau 3 ou 4, et à ce qu'une procédure de déplacement des services d'urgence à mon domicile soit déclenchée après plusieurs appels sans réponse.

Fait à, Le

Signature obligatoire

