



**C.C.A.S**  
**VILLE DE NICE**

Centre Communal d'Action Sociale  
Direction Vie des Séniors et Autonomie  
Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

## **DEMANDE D'ADMISSION**

### **AU PORTAGE DE REPAS A DOMICILE**

Ce formulaire est à retourner au service du repas à domicile complété, daté et signé accompagné des pièces justificatives précisées dans la notice d'informations préalables au portage de repas à domicile.

***Je suis informé(e) que toute déclaration frauduleuse, inexacte ou incomplète de ma part dans la constitution de mon dossier est passible d'amende ou d'emprisonnement au titre du nouveau code pénal.***

Je soussigné (e) :                     Madame                     Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à : Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Nationalité :                     Française                     Européenne                     Autre : dans ce cas :

- Précisez la date de fin de validité de votre titre de séjour : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

-  J'atteste disposer d'un titre de séjour permanent.

**Je déclare :**     Vivre seul(e) à mon domicile                     Ne pas vivre seul(e) à mon domicile

**Déclare sur l'honneur avoir établi mon domicile et résider de façon principale et effective à l'adresse suivante :**

N° et rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_ Etage : \_\_\_\_\_

Code postal : 06\_\_\_\_\_ Digicode / informations d'accès : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

**Coordonnées de mes proches à prévenir auprès desquels le Service des Repas à Domicile fera appel en cas de problème ou accident :**

Madame

Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (en option) : \_\_\_\_\_

Téléphones : \_\_\_\_\_

Lien (en option) :  Enfant  Famille  Voisin  Ami  Autre

Personne de confiance (à alerter en priorité)

Madame

Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (en option) : \_\_\_\_\_

Téléphones : \_\_\_\_\_

Lien (en option) :  Enfant  Famille  Voisin  Ami  Autre

Personne de confiance (à alerter en priorité)

Madame

Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (en option) : \_\_\_\_\_

Téléphones : \_\_\_\_\_

Lien (en option) :  Enfant  Famille  Voisin  Ami  Autre

Personne de confiance (à alerter en priorité)

**Intervenants quotidiens à domicile qui peuvent éventuellement être alertés (infirmiers, aide à domicile) :**

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Modalités demandées pour la livraison :**

**Nombre de jours souhaités** (minimum 3) : \_\_\_\_\_ précisez les jours et les modalités suivantes :

- Lundis     Mardis     Mercredis     Jeudis     Vendredis     Samedis     Dimanches
- Repas du midi uniquement                       Repas du midi et soir

**Régime** : Choisissez votre régime alimentaire dans les catégories suivantes (aucune personnalisation n'est possible en dehors de ces options). Cochez 1 seule case :

- Régime normal             Régime sans sel\*             Régime sans sucre\*             Régime mixé
- Régime sans sel et sans sucre\*             Régime sans viande             Régime sans poisson
- Régime sans porc             Régime sans porc et sans sel\*             Régime sans porc et sans sucre\*

\* Pour ces régimes, le certificat médical est obligatoire (voir attestation jointe).

Attention, pour des raisons d'hygiène et de sécurité aucun repas ne peut être déposé devant les portes d'entrée. En cas de difficulté pour ouvrir votre porte d'entrée, un trousseau de clés pourra être confié par vos soins au livreur afin que le repas soit déposé dans votre réfrigérateur.

- Je suis autonome pour ouvrir la porte d'entrée au livreur ;
- Je souhaite confier un trousseau de clés au livreur (les modalités seront vues ultérieurement).

**Je suis informé(e) que :**

Une fois le dossier validé par le service (retour de ce document, des pièces administratives demandées), j'ai deux mois pour renvoyer les documents règlementaires signés communiqués par le service. A défaut, ma demande sera classée sans suite. Il m'appartiendra de déposer une nouvelle demande si je désire toujours obtenir la prestation.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur ce formulaire et des documents joints.

Je m'engage à signaler immédiatement au CCAS de Nice tout changement intervenant sur ma situation.

Nice, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**La personne accompagnée, ou son représentant légal, ou la personne accompagnée d'un mandat de gestion d'affaire (article 1372 du code civil)**

**Mme/M.** \_\_\_\_\_

## ATTESTATION MEDICALE POUR LE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

A faire compléter par votre médecin traitant si vous n'êtes pas bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie ou de la carte d'invalidité (ou à faire établir sur ordonnance libre).

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Atteste par la présente que :             Madame             Monsieur

---

Se trouve dans l'une des situations suivantes :

- est dans l'impossibilité de sortir seul quotidiennement pour réaliser ses courses ;
- est dans l'incapacité d'effectuer un ou plusieurs actes de la vie quotidienne ;
- se trouve dans une situation à risque de par son isolement ou confinement domiciliaire ;
- est confronté à un état de santé spécifique ;

justifiant du besoin de bénéficier du service municipal de portage de repas à domicile.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

**Cachet et signature du médecin**

**ATTESTATION MEDICALE POUR OBTENIR UN REGIME ALIMENTAIRE  
SPECIFIQUE DU PORTAGE DE REPAS A DOMICILE**

A faire compléter par votre médecin traitant (ou à faire établir sur ordonnance libre)

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Atteste par la présente que :             Madame             Monsieur

\_\_\_\_\_

Doit pour raison de santé bénéficier du régime alimentaire spécifique suivant (un seul choix possible) :

- Sans sucre
- Sans sel
- Sans sucre et sans sel

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

**Cachet et signature du médecin**