

Article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles

Afin de favoriser l'intervention des services sociaux et sanitaires, les maires recueillent les éléments relatifs à l'identité, à l'âge et au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées qui en ont fait la demande. Ces données sont notamment utilisées par les services susmentionnés pour organiser un contact périodique avec les personnes répertoriées lorsque le plan d'alerte et d'urgence est mis en œuvre. Les maires peuvent également procéder à ce recueil à la demande d'un tiers à la condition que la personne concernée, ou son représentant légal, ne s'y soit pas opposée.

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

☐ Madame

☐ Monsieur

NOM : _____ / PRENOM : _____

Né(e) le : ____/____/____ à _____

ADRESSE : _____

Téléphone : _____

CONDITIONS DE VIE

☐ Vit seul(e)

☐ En couple

☐ En famille

Si vit seul(e)

☐ Famille/encourage à proximité

☐ Isolé(e)

Je sollicite mon inscription sur le registre communal des personnes vulnérables et j'accepte d'être contacté(e) en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres. Je m'engage à transmettre au CCAS les périodes durant lesquelles je ne serai pas joignable.

Je demande mon inscription : en qualité de

☐ Personne âgée de 65 ans et plus

☐ En qualité de personne handicapée

☐ En qualité de personne âgée de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail

Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part

REFERENCES DES PROFESSIONNELS MEDICO-SOCIAUX

Médecin traitant

Nom : _____ / Téléphone : _____

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

☐ **D'un service d'aide à domicile ou de portage de repas**

Fréquence des interventions : _____

Nom du service : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

☐ **D'un cabinet infirmier ou d'un service de soins infirmiers à domicile**

Fréquence des interventions : _____

Nom du service : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

☐ **D'aucun service à domicile**

REFERENCES DES PROFESSIONNELS MEDICO-SOCIAUX

❶ Nom / Prénom : _____

Lien avec bénéficiaire : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

❷ Nom / Prénom : _____

Lien avec bénéficiaire : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

REFERENCES DES PROFESSIONNELS MEDICO-SOCIAUX

☐ Mme / ☐ M – Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Agissant en qualité de :

☐ Représentant légal ☐ Service d'aide à domicile ou service soins infirmiers

☐ Médecin traitant ☐ Autre : (à préciser) : _____

Déclare avoir recueilli l'accord de _____

Pour l'inscription au registre communal des personnes vulnérables.

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

FORMULAIRE A ENVOYER OU A REMETTRE
AU CCAS DE ST GEORGES LES BAINS

mairie@saint-georges-les-bains.fr