

CCAS

Service «Maintien à Domicile »

Espace Mirabel

34300 AGDE

☎ 04.67.94.66.22

☎ 04.67.94.66.49

PORTAGE DE REPAS A DOMICILE**Pièces à fournir**

- Livret de famille ou carte d'identité
- Quittance EDF
- Dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Notification de la MDPH
- Certificat médical établi par votre médecin traitant (imprimé ci-joint)
 - Règlement intérieur signé (imprimé ci-joint)
- Nom, adresse et numéro de téléphone des personnes à contacter en cas de problème (minimum deux personnes ayant la clé de votre logement)
- Plan d'aide APA accordé par le Conseil Général

BAREME	TARIF 1		TARIF 2 Bénéficiaires de l'APA ou de l'AAH	
	REPAS MIDI	REPAS SOIR	REPAS MIDI	REPAS SOIR
TRANCHE 1 Inférieur au minimum vieillesse : <ul style="list-style-type: none"> ➤ 787 € pour une personne seule ➤ 1 222 € pour un couple 	5,40 €	5,00 €	4,90 €	4,50 €
TRANCHE 2 Du minimum vieillesse : <ul style="list-style-type: none"> ➤ 788 € à 1 186 € pour une personne seule ➤ 1 123 € à 1 463 € pour un couple 	6,40 €	6,00 €	5,90 €	5,50 €
TRANCHE 3 De : <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 187 € à 1 586 € pour une personne seule ➤ 1 464 € à 1 703 € pour un couple 	7,35 €	7,00 €	6,85 €	6,50 €



CCAS
 Espace Mirabel
 34300 AGDE
 ☎ 04.67.94.66.22
 📠 04.67.94.66.49

Agde le

**SERVICE DE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE
 FICHE D'INSCRIPTION**

Date de début :

Date de fin :

TARIF REPAS MIDI :
 TARIF REPAS SOIR :

NOM	Prénom	Né le
Bénéficiaire APA <input type="checkbox"/>		

Adresse :
 Résidence.....
 Bât : Étage : Appt :
 Ville Codes d'accès :
 Téléphone :/...../...../...../.....

Nom des personnes à contacter en cas de problème

M..... ☎/...../...../...../.....
 M..... ☎/...../...../...../.....
 Médecin traitant..... ☎/...../...../...../.....

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Soupe ou Hors d'œuvre							
Midi							
Soir							

Boisson : Eau Vin Jus de fruits
Régime : Sans sel : Sans sucre
 Observations :

CCAS
Espace Mirabel
34300 AGDE
☎ 04.67.94.66.22
☎ 04.67.94.66.49

**CERTIFICAT MEDICAL
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

Nom et Prénom :

ETAT COGNITIF

- Agitation Apathie dépression
 Agressivité Désorientation spatio-temporel Désorientation

ACCIDENT

- Chute survenue dans les trente jours

ETAT CUTANE

- EscarresLocalisation.....
 Autres troubles cutanés.....Localisation.....

REGIME.....

- SANS SEL SANS SUCRE

ALLERGIE

.....

CAPACITE DE LA PERSONNES

Cohérence

Se comporte de façon logique et sensée

- Oui En partie Non

Orientation

Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux

- Oui En partie Non

Toilette

Assurer son hygiène corporelle seul(e)

Oui En partie Non

Habillage

S'habiller seul(e), se déshabiller seul(e), se présenter

Oui En partie Non

Alimentation

Se servir seul (e) Oui En partie Non

Manger seul (e) Oui En partie Non

Incontinence

Nuit Oui Non

Jour Oui Non

Transfert

Se lever seul (e) Oui En partie Non

Se coucher seul(e) Oui En partie Non

S'asseoir seul (e) Oui En partie Non

Mobilité

Se déplace à l'intérieur du domicile

Oui En partie Non

Seul (e) Avec une canne Avec déambulateur

En fauteuil roulant

Sort à l'extérieur du domicile

Oui En partie Non

Seul (e) Avec une canne Avec déambulateur

En fauteuil roulant

Nom du Médecin :

A....., le.....

Signature et cachet du Médecin