

Centre Communal d'Action Sociale
Espace Mirabel
CS 20007
34306 AGDE CEDEX

DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF
Recensement des personnes âgées et handicapées isolées à domicile

ETAT CIVIL

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : / / / / / / / / / / à :

Adresse :

Code postal : / / / / / / / / Commune :

Téléphone : / / / / / / / / / / / / / /

Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes âgées et handicapées isolées à domicile :

En qualité de personne âgée de + de 60 ans,

En qualité de personne handicapée

Je vis : seul(e) en couple

Nom du conjoint : Prénom :

Adresse :

Code postal : / / / / / / / / Commune :

Téléphone : / / / / / / / / / / / / / /

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.

SERVICES DE MAINTIEN A DOMICILE

A ce jour, je déclare bénéficiaire de l'intervention :

d'un **service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)** :

Nom de l'organisme et adresse :

Téléphone : / / / / / / / / / / / / / /

d'un **service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** ou d'un(e) infirmier(e) libéral(e) :

Nom et adresse :

Téléphone : / / / / / / / / / / / / / /

d'un **service de portage de repas** :

Nom de l'organisme et adresse :

Téléphone : / / / / / / / / / / / / / /

d'un **service de téléassistance** :

Nom de l'organisme et adresse :

Téléphone : / / / / / / / / / / / / / /

d'un autre service :

Nom de l'organisme et adresse :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

d'aucun service à domicile.

MEDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :

Commune :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

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

Nom : Prénom :

Lien : (fils, fille, ami, voisin...)

Adresse :

Code postal : /_/_/_/_/_/_/ Commune :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Nom : Prénom :

Lien : (fils, fille, ami, voisin...)

Adresse :

Code postal : /_/_/_/_/_/_/ Commune :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Nom : Prénom :

Lien : (fils, fille, ami, voisin...)

Adresse :

Code postal : /_/_/_/_/_/_/ Commune :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

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 de l'intéressé :

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 et 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. Un registre des activités de traitement effectuées pour le compte du responsable des traitements, accessible à la CNIL, est par ailleurs tenu.

Ce questionnaire est à retourner :

CCAS – EGR

La Calade

2 avenue du 8 Mai 1945

34300 Agde Cedex

ou par mail : plancanicule@ccas-agde.fr