



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF

Prévu par l'article L.1216-6-1 du code de l'action sociale et des familles

BULLETIN D'INSCRIPTION 2019

Bulletin à remplir en LETTRES MAJUSCULES soit :

- Par la personne âgée ou handicapée,
- Par un tiers (représentant légal, intervenant médico-social, entourage, parent, ami).

Et à retourner par courrier au CCAS DE LA VILLE DE NEUVILLE SAINT REMY
Ou par mail : accueilmairie-neuville-st-remy.fr

1 - IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

M Mme Nom : Prénom (s) :

Né (e) le à

Adresse :

☎ : Situation Familiale Isolé (e) couple en famille

Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.

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 handicapée

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.

2- REFERENCES DU SERVICE MEDICAL OU SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS

Je déclare bénéficiaire de l'intervention :

d'un service d'aide à domicile

Intitulé du service ::

Adresse :

☎

d'un service de soins infirmiers à domicile :

Intitulé du service :

Adresse :

☎

d'un autre service :

Intitulé du service::

Adresse :


☎

d'aucun service à domicile

3- PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE


① NOM/Prénom (s) *

Adresse.....



② NOM/Prénom (s) *

Adresse.....




4- SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BENEFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRECISER VOS COORDONNEES

M Mme

Nom : Prénom :

Adresse :



Agissant en qualité de :

Représentant Légal

Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

Médecin Traitant

Autre : (merci de préciser)

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 Centre Communal d'Action Sociale de Neuville Saint Rémy 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.

Dans le cadre du plan de sécurité et de prévention mis en place par la Ville de Neuville Saint Rémy, j'accepte que mes coordonnées (nom et adresse) soient également transmises à la Police Municipale ou un employé communal pour permettre la visite du policier ou de l'employé à mon domicile pendant la période estivale

Fait à..... le

Signature obligatoire

Les informations communiquées ont pour seul objet le plan d'alerte et d'urgence départemental. Elles restent confidentielles et sont destinées exclusivement à l'usage du Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Neuville Saint Rémy, responsable de leur traitement. Elles seront traitées en conformité avec la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.