

Date de dépôt du dossier :

Nom du (ou des) bénéficiaire(s) :

.....

.....

Formulaire d'inscription

– Portage de repas à domicile –

RENSEIGNEMENTS

À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL

Usager ①

Usager ②

	Usager ①	Usager ②
Nom - prénom		
Adresse postale		
Téléphone (fixe et mobile)		
Adresse e-mail		
Date et lieu de naissance		

INSCRIPTION A COMPTER DU :/...../.....

Cocher les cases pour les jours de livraison souhaités. **L'engagement vaut inscription et déterminera la facture correspondante.**

RESTAURATION SENIOR

Personne âgée de plus de 65 ans (60 ans sous conditions)

Usager ①

Usager ②

Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		

**Réservé aux personnes âgées
de plus de 65 ans (60 ans sous conditions)**

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom :

Tél. :

Lien de parenté :

Boisson* au choix : Usager 1 eau bière vin rouge
 Usager 2 eau bière vin rouge

Limité à un repas par jour et par personne – Le choix de la boisson vaut pour l'ensemble des repas

*L'abus d'alcool est dangereux pour la santé

TARIFS

Tarifs actuellement en vigueur

PERSONNES ÂGÉES (plus de 65 ans / 60 ans sous conditions)		
Les repas (sous conditions de ressources « minimum vieillesse » N-1)		
	Tarif unitaire / repas	Transport et conditionnement
PERSONNE SEULE		
• Ressources annuelles (allocations comprises) < 8907,34 €	3,90 €	0,95 €
• Ressources annuelles (allocations comprises) > 8907,34 €	5,30 €	0,95 €
MENAGE		
• Ressources annuelles (allocations comprises) < 14 181, 30 €	3,90 €	0,95 €
• Ressources annuelles (allocations comprises) > 14 181, 30 €	5,30 €	0,95 €

Dans le cadre des services à la personne, la livraison de repas permet de bénéficier d'un crédit d'impôt. En revanche la fourniture des denrées alimentaires ainsi que les opérations de fabrication des repas effectuées hors domicile en sont exclues.

Source : www.servicessalapersonne.gouv.fr

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP) ou Caisse d'Épargne (RICE)
- Dernier avis d'imposition
- Le cas échéant, photocopie de la carte d'invalidité d'au moins 80% pour l'exonération des frais de transport et de conditionnement, pour les personnes âgées de plus de 65 ans (60 ans sous conditions).

POUR TOUT RENSEIGNEMENT :

→ CCAS

Marie Desprez
1, rue des Maires Lambin
03 28 38 82 00
ccas@ville-comines.fr

* Les informations recueillies font l'objet d'un traitement par le Centre Communal d'Action Sociale de Comines. Vos données seront utilisées ou traitées que dans la mesure où cela est nécessaire pour la continuité des services. Vos informations personnelles sont collectées pour la seule finalité présentée dans ce document, à savoir le portage de repas à domicile. Et à destination uniquement des services municipaux.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679 UE du 27 avril 2016 applicable dès le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de suppression et de portabilité de vos données en cas de motifs légitimes. Si vous estimez que vos droits ne sont cependant pas respectés, vous disposez également du droit à déposer une réclamation ou une plainte auprès de la CNIL, autorité de contrôle compétente dans le domaine de la protection des données à caractère personnel ou de contacter le délégué à la protection des données mutualisé de la ville de Comines à dgd-mutualises@lillemetropole.fr.

Toute demande de modification doit être effectuée 48h à l'avance, jours ouvrables.

Le paiement de la prestation s'effectue exclusivement par prélèvement automatique.

ATTESTATION À REMPLIR POUR VALIDATION DE L'INSCRIPTION

Je soussigné.e déclare avoir pris connaissance des dispositions réglementaires et m'engage à les respecter.

(Documents disponibles sur le Portail Familles (<https://comines.portail-familles.app>))

Signature

Comines, le



PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

A compléter uniquement pour une première demande
(Reconduction tacite chaque année)

DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

Je vous prie de bien vouloir, et sauf instructions contraires de ma part vous parvenant en temps utile (avant le 30 de chaque mois précédent le paiement), faire prélever en votre faveur les sommes dont je vous serai redevable au titre des prestations municipales proposées aux usagers.

Nom de l'usager : Prénom :

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DÉBITER	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Code Postal :	Ville :

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER	
MAIRIE DE COMINES Grand Place 59560 COMINES	
N° NATIONAL D'ÉMETTEUR :	538858

DÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER				
Banque	Guichet	N° de compte	Clé RIB	Devise
IBAN :				
BIC :				
Banque-Agence de :				
Adresse :				

Fait à

Le

Signature obligatoire :

Pour toute modification bancaire, et afin d'éviter un rejet de prélèvement et donc la facturation de frais de gestion supplémentaires, une nouvelle demande de prélèvements accompagnée d'un nouveau RIB devra être transmise au plus tard le 30 du mois pour application sur le prélèvement prévu le mois suivant.

