

REGIME SOUS PRESCRIPTION MEDICALE OBLIGATOIRE (cocher la case)

SANS SUCRE AJOUTÉ	SANS SEL AJOUTÉ	NOURRITURE HACHÉE	NOURRITURE MIXÉE

REGIME SANS PRESCRIPTION MEDICALE OBLIGATOIRE (cocher la case)

SANS PORC	SANS VIANDE	VEGETARIEN

Une fiche d'aversion vous sera remise avec votre dossier afin d'indiquer les aliments à exclure de vos menus.

JE DECLARE

Avoir pris connaissance du tarif applicable pour cette prestation, pris connaissance et signé le règlement intérieur de la restauration.

Le **tarif du repas** est calculé en fonction de vos revenus selon le barème suivant :

Tranches	Quotient familial	Tarifs du déjeuner	Tarifs du diner
1	de 243 € à 727 €	de 1,62 € à 2,84 €	de 0.54 € à 0.94 €
2	de 727 € à 1 061 €	de 2,84 € à 4,06 €	de 0.94 € à 1.35 €
3	de 1 061 € à 1 315 €	de 4,06 € à 5,30 €	de 1.35€ à 1.76 €
4	de 1 315 € à 1 629 €	de 5,30 € à 6,54 €	de 1.76 € à 2.16 €
5	de 1 629 € à 2 182 €	de 6,54 € à 7,77 €	de 2.16 € à 2.59 €
6	Supérieur à 2 182 € et inférieur ou égal à 2 729 €	de 7,77 € à 8,38 €	de 2.59 € à 2.97 €
Tarif repas invité		8,90 €	x

Tout quotient familial supérieur à 2 729 € sera facturé 8,38 € par repas.

Le prix de la livraison :

- 4,93 € pour les personnes seules et les couples imposables.
- 2.44 € pour les personnes seules et les couples non imposables (**ligne 14 à 0**)

Une facture mensuelle vous sera envoyée à terme échu, payable par chèques, carte bancaire ou prélèvement automatique (aucun autre mode de paiement ne sera accepté).



2. TRANSPORT A LA DEMANDE

(Cocher la case si la prestation est demandée)

JE DECLARE

Avoir pris connaissance du tarif applicable pour cette prestation, pris connaissance et signé le règlement intérieur de la restauration.

Le tarif du **TRAJET** est calculé en fonction de vos revenus selon le barème suivant :

Tranches	Quotient familial	Prix unitaire d'un trajet
1	<420	0.71 €
2	>=420 et < 601	1.32 €
3	>=601 et < 782	1.93 €
4	>=782 et < 963	2.54 €
5	>=963 et < 1 144	3.15 €
6	>=1 144 et < 1 325	3.76 €
7	>=1 325 et < 1 506	4.37 €
8	>=1 506 et < 1 687	4.98 €
9	>=1687 et < 1 858	5.59 €
10	>=1 868 et < 2 049	6.20 €
11	>= 2 049 et < 2 230	6.81 €
12	>= 2 230 et < 2 411	7.42 €
13	>= 2411	7.99 €



3. TELEASSISTANCE

(Cocher la case si la prestation est demandée)

JE DECLARE

Avoir pris connaissance du tarif applicable pour cette prestation, pris connaissance et signé le règlement intérieur de la téléassistance.

Le tarif d'un **abonnement** est calculé en fonction de vos revenus selon le barème suivant :

Tranches	Quotient familial	Tarifs
1	de 243€ à 727 €	de 4,12 € à 5,61 €
2	de 727 € à 1 061 €	de 5,61 € à 7,02 €
3	de 1 061 € à 1 315 €	de 7,02 € à 8,34 €
4	de 1 315 € à 1 629 €	de 8,34 € à 9,78 €
5	de 1 629 € à 2 182 €	de 9,78 € à 11,25 €
6	Supérieur à 2 182 € et inférieur ou égal à 2 729 €	de 11,25 € à 14,00 €

Options	Tarif personnes imposables / mois	Tarifs personnes non imposables/ mois
Transmetteur sans ligne fixe	3,50 €	1,75 €
Détecteur de chutes	5,15 €	2,57 €

Une facture trimestrielle vous sera envoyée à terme échu, payable par chèques, carte bancaire ou prélèvement automatique (aucun autre mode de paiement ne sera accepté).

MÉDECIN TRAITANT

NOM/PRENOM.....
.....
ADRESSE.....
.....
N° DE TELEPHONE :

INFIRMIERE

NOM/PRENOM.....
.....
ADRESSE.....
.....
N° DE TELEPHONE :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

TELEASSISTANCE APA PRESENCE D'UN MICRO-ONDES

AIDE A DOMICILE – (NOM DE L'ORGANISME + N° DE TEL)

.....

FREQUENCE/JOURS.....

COORDONNÉES DES PERSONNES À PREVENIR

1) NOM/PRENOM.....
.....
ADRESSE.....
.....
N° DE TELEPHONE

3) NOM/PRENOM.....
.....
ADRESSE.....
.....
N° DE TELEPHONE:

2) NOM/PRENOM.....
.....
ADRESSE.....
.....
N° DE TELEPHONE:

4) NOM/PRENOM.....
.....
ADRESSE.....
.....
N° DE TELEPHONE:

FAIT A MALAKOFF, LE

SIGNATURE (précédée de la mention « Lu et approuvé »)