

Centre Communal d'Action Sociale - Pôle Seniors – Maintien à domicile

## RESTAURATION PÔLE SENIORS

JE SOUSSIGNE(E) .....

DEMEURANT ..... MALAKOFF (HAUTS-DE-SEINE)

ESC/HALL..... PORTE ..... ETAGE ..... CODE ..... BOITE A CLES.....

TÉLÉPHONE .....DATE DE NAISSANCE .....

### PRESTATION DEMANDEE ET RYTHME DE LIVRAISON

POUR LES RESIDENCES INSCRIRE DANS LES CASES

AE : pour les repas à emporterST : pour les repas sur table

PORTAGE							
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
DEJEUNER							
DINER							

RESIDENCE JOLIOT CURIE							
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
DEJEUNER							
DINER							

RESIDENCE LAFOREST							
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
DEJEUNER							
DINER							

**MENU AVEC REGIME SOUS PRESCRIPTION MEDICALE OBLIGATOIRE (cocher la case)**

SANS SUCRE AJOUTÉ	SANS SEL AJOUTÉ	NOURRITURE HACHÉE	NOURRITURE MIXÉE

**MENU AVEC REGIME SANS PRESCRIPTION MEDICALE OBLIGATOIRE (cocher la case)**

SANS PORC	SANS VIANDE	VEGETARIEN

Une fiche d'aversion vous sera remise avec votre dossier.

Vous pourrez y cocher les aliments que vous ne souhaitez pas recevoir au sein 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 241€ à 721 €	de 1,62 € à 2,84 €	de 0.54 € à 0.94 €
2	de 721 € à 1 053 €	de 2,84 € à 4,06 €	de 0.94 € à 1.35 €
3	de 1 053 € à 1 305 €	de 4,06 € à 5,30 €	de 1.35€ à 1.76 €
4	de 1 305 € à 1 616 €	de 5,30 € à 6,54 €	de 1.76 € à 2.16 €
5	de 1 616 € à 2 166 €	de 6,54 € à 7,77 €	de 2.16 € à 2.59 €
6	Supérieur à 2 166 € et inférieur ou égal à 2 708 €	de 7,77 € à 8,38 €	de 2.59 € à 2.97 €
<b>Tarif repas invité</b>		8,90 €	

Tout quotient familial supérieur à 2 708 € 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**)

En fonction de ces éléments, une facture mensuelle vous sera envoyée à terme échu.



MÉDECIN TRAITANT

NOM/PRÉNOM.....  
.....  
ADRESSE.....  
.....  
N° DE TÉLÉPHONE : .....

INFIRMIERE

NOM/PRÉNOM.....  
.....  
ADRESSE.....  
.....  
N° DE TÉLÉPHONE : .....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

TELEASSISTANCE

PRESENCE D'UN MICRO-ONDES

APA

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

.....

FREQUENCE/JOURS.....

COORDONNÉES DES PERSONNES À PREVENIR

NOM/PRÉNOM .....

ADRESSE .....

NUMÉRO DE  
TÉLÉPHONE .....

LIEN .....



NOM/PRÉNOM .....

ADRESSE .....

NUMÉRO DE  
TÉLÉPHONE .....

LIEN .....

FAIT A MALAKOFF, LE .....

SIGNATURE