

RESTAURATION PÔLE SENIORS

Je soussigné(e).....

Demeurant à Malakoff (Hauts-de-Seine)

ESC / HALL..... **PORTE** **ETAGE** **CODE**.....**TÉLÉPHONE**

demande à bénéficier de la prestation restauration.

	Joliot Curie	Laforest	
Sur table			Portage
A emporter			

ET DECLARE

Avoir pris connaissance du tarif applicable pour cette prestation :

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

Tranches	Quotient familial	Tarifs du repas
1	de 237€ à 709 €	de 1,62 € à 2,84 €
2	de 709 € à 1 035 €	de 2,84 € à 4,06 €
3	de 1 035 € à 1 283 €	de 4,06 € à 5,30 €
4	de 1 283 € à 1 589 €	de 5,30 € à 6,54 €
5	de 1 589 € à 2 130 €	de 6,54 € à 7,77 €
6	Supérieur à 2 130 € et inférieur ou égal à 2 663 €	de 7,77 € à 8,38 €
Tarif repas invité		8,90 €

Tout quotient familial supérieur à 2 663 € sera facturé 8,90 € par repas.



La prestation « portage des repas à domicile » est réservée aux personnes en perte d'autonomie.

- **Le tarif de la livraison** est de

- o 4,79 € pour les personnes seules et les couples imposables
- o 2,37 € pour les personnes seules et les couples non imposables.

Le prix total de la prestation = tarif du repas + tarif de la livraison.

Le prix de la prestation est révisable chaque année.

*** Pour les personnes en attente de la décision de prise en charge dans le cadre de l'APA ou autre financeur, ou pour les personnes en difficultés sociales, un tarif de livraison en fonction des ressources peut être étudié par la commission du C.C.A.S.**



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

JUSTIFICATIFS À JOINDRE POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER

- Avis d'imposition ou de non-imposition de l'année de référence
- Livret de famille ou carte d'identité

MÉDECIN TRAITANT

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

INFIRMIERE

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

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Téléassistance

Présence d'un Micro-ondes

APA

Aide à domicile – (Nom de l'organisme + n° de tel)

Fréquence/Jours.....

COORDONNÉES DES PERSONNES À PREVENIR

NOM/PRÉNOM

ADRESSE

NUMÉRO DE
TÉLÉPHONE

LIEN



NOM/PRÉNOM

ADRESSE

NUMÉRO DE
TÉLÉPHONE

LIEN

Fait à Malakoff, le

SIGNATURE