



Service Autonomie

☎ 04 67 51 84 75

220 ave du Maréchal Juin BP2
34201 SETE CEDEX

E-mail : sap-ccas@ville-sete.fr

DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF – PAR UN TIERS
Recensement des personnes âgées et handicapées isolées à domicile

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Agissant en qualité de : Représentant légal

Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ou Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Médecin traitant

Autre (préciser) :

Sollicite l'inscription sur le registre des personnes âgées et handicapées isolées à domicile de:

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_ à :

Adresse :

.....

Code postal : /_/_/_/_/_/_/_/ Commune :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

En qualité de personne âgée de 65 ans et +

En qualité de personne âgée de + de 60 ans, reconnue inapte au travail

En qualité de personne handicapée

Vit : seul(e) en couple

SERVICES DE MAINTIEN A DOMICILE

A ce jour, M. ou Mme bénéficie de l'intervention :

d'un **service autonomie à domicile (SAD) :**

Nom de l'organisme et adresse :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

d'un **service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et/ou d'un(e) infirmier(e) libéral(e) :**

Nom et adresse :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

d'un **service de portage de repas:**

Nom de l'organisme et adresse :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

d'un **service de téléassistance** :

Nom de l'organisme et adresse :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

d'un **autre service** :

Nom de l'organisme et adresse :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

d'aucun service à domicile.

MEDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :

Commune :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

Lien : (fils, fille, ami, voisin...)

Adresse :

Code postal : /_/_/_/_/_/_/ Commune :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Nom : Prénom :

Lien : (fils, fille, ami, voisin...)

Adresse :

Code postal : /_/_/_/_/_/_/ Commune :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Nom : Prénom :

Lien : (fils, fille, ami, voisin...)

Adresse :

Code postal : /_/_/_/_/_/_/ Commune :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

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 CCAS 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.

Fait à :

Le :

Signature:

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par le **CCAS de Sète** pour **votre inscription sur le registre communal des personnes vulnérables vivant à domicile**. La base légale du traitement est l'article R. 121-3 du Code de l'Action sociale et des familles.

Les données collectées seront traitées par les agents habilités du CCAS.

L'article 121-11 du CASF précise que « les données mentionnées à l'article R. 121-4 sont conservées jusqu'au décès de la personne en cause jusqu'à sa demande de radiation du registre nominatif ».

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez vous adresser aux agents du **CCAS de Sète**, contacter le délégué à la protection des données par courriel **dpo-ccas@ville-sete.fr** ou contacter le **CCAS** par voie postale à l'adresse suivante : **220 avenue du maréchal Juin, Sète, 34200 France**. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Ce questionnaire est à retourner :

CCAS – Service autonomie – Registre des personnes isolées - 220 avenue du Maréchal Juin

BP 2 - 34201 Sète Cedex

ou par mail : sap-ccas@ville-sete.fr