

DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE DES PERSONNES VULNÉRABLES
 Prévu à l'article 1. 121-6-1 du Code de l'action sociale et des familles

| | | |
|--|--|--|
| Vous êtes une personne âgée, handicapée, isolée résidant à Gruchet-le-Valasse : FAITES VOUS CONNAÎTRE ! | Vous avez déjà transmis la fiche. Les années suivantes, ACTUALISEZ-LA ! | Cadre réservé à la mairie : Demande reçue le : Accusé de réception de la démarche le : |
|--|--|--|

Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et Libertés » et au RGPD (Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016), vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant par courrier à la mairie ou par courriel à ccas@gruchet.fr. Pour toutes questions relatives à la protection de vos données personnelles, vous pouvez également contacter votre mairie.

LES SITUATIONS VOUS PERMETTANT D'ÊTRE RECENSÉS (cocher les cases correspondantes)

Vous avez :

- + de 65 ans
- + de 60 ans et êtes reconnu(e) inapte au travail
- de 65 ans et êtes isolé(e)

Ou bien

- Vous êtes une personne en situation de handicap – préciser :

VOS COORDONNÉES (ces informations sont essentielles pour vous contacter)

| | |
|---------------------|----------------------|
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Âge : |
| Adresse : | |
| | |
| Téléphone fixe : | Téléphone portable : |
| Courriel : | |

PERSONNES À CONTACTER en cas de non réponse de votre part (par ordre de priorité)

IMPORTANT : en cas d'absence prolongée PRÉVUE de votre domicile, NOUS EN INFORMER (dates).

Coordonnées de vos proches (préciser le lien : enfants, neveu, frère, voisins, amis, gardien...) :

| | NOM – Prénom | Lien | Téléphone (portable + fixe si possible) | Courriel |
|------------------|--------------|------|---|----------|
| Contact 1 | | | | |
| Contact 2 | | | | |
| Contact 3 | | | | |
| Contact 4 | | | | |

MÉDECIN TRAITANT

| | |
|--------------|---|
| Nom : | Téléphone : (ligne directe, portable, secrétariat...) |
| Ville : | |

INTERVENANTS À DOMICILE (aides à domicile, SIAD, infirmiers libéraux...)

| NOM – Prénom | Établissement | Téléphone (portable en priorité, fixe) |
|--------------|---------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Recevez-vous des visites ? OUI NON

Si oui, précisez (voisins, famille, amis, aide à domicile, portage de repas, soins infirmiers) :

.....

Combien de fois par semaine ? Le week-end

Pouvez-vous sortir seul(e) ? OUI, sans difficulté OUI, mais avec difficulté NON

Bénéficiez-vous d'un dispositif de télé-assistance ? OUI NON

Toutes précisions utiles concernant le domicile (étage, escalier, ascenseur, code ?...) :

.....

Si vous remplissez ce formulaire pour le bénéficiaire avec son accord, précisez vos coordonnées

| | |
|---|-----------------------------|
| Nom : | Prénom : |
| Êtes-vous le représentant légal ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Lien avec le bénéficiaire : |
| Téléphone(s) : | Courriel : |
| Adresse : | |
| | |

J'accepte de communiquer les renseignements repris dans ce document au CCAS de Gruchet-le-Valasse, qui s'engage à en garder la confidentialité. Je note que la communication de chaque renseignement est facultatif.

J'accepte d'être contacté(e) par la commune de Gruchet-le-Valasse pour des messages de prévention en cas d'événement exceptionnel (canicule, grand froid, épidémie, crue...), de déclenchement de plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées (OBLIGATOIRE), et de déclenchement du PCS (plan communal de sauvegarde).

| | |
|--------------------|---|
| Rempli par : | Formulaire à retourner complété au CCAS – Mairie de Gruchet-le-Valasse ou scanné, par courriel : ccas@gruchet.fr |
| Le : | |
| Signature | |