



Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Tel :/...../.....

Email :

Adresse :
.....

Quartier de résidence :

LOGEMENT : Maison individuelle Appartement Etage N°.... Ascenseur Oui Non

Marié(e) Veuf/ve Divorcé(e) Célibataire Séparé(e) Pacsé(e)
Vous êtes : En retraite En invalidité Autre

Autres personnes vivant au foyer :

Nom Prénom : Date de naissance :/...../.....

Personnes à contacter en cas de besoin :

Nom : Parenté..... Tel :/...../.....

Nom : Parenté..... Tel :/...../.....

Référent social à contacter : Nom : Tel :/...../.....

ENVIRONNEMENT :

- Vivez-vous seul(e) de manière habituelle ? OUI NON
- Pouvez-vous avoir une intervention rapide de la famille ? OUI NON
- Pouvez-vous avoir une intervention rapide des voisins ? OUI NON
- Disposez-vous d'une téléalarme ? OUI NON
- Faites-vous appel à d'autres intervenants extérieurs ? OUI NON

Si oui le(s) quel(s) ? Soins infirmiers Kinésithérapeute Aide ménagère Autres

- Etes-vous sous tutelle / curatelle ? OUI NON

Nom du tuteur :

Organisme :

- Bénéficiez-vous d'une aide en lien avec les services d'aide à domicile ?

- CARSAT PAP (Plan d'Action Personnalisé) OUI NON

- Conseil Départemental APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) OUI NON

- Autre dispositif ? Lequel ? OUI NON

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA



Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) ASC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ASC.
 Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
 - dans les 6 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
 - sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.
 Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
 Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom :	*	Nom / Prénoms du débiteur	1
Votre Adresse :	*	Numéro et nom de la rue	2
	*	Code Postal Ville	3
	*	FRANCE	4
	*	Pays	4
Les coordonnées de votre compte :	*	Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	5
	*	Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	6
Nom du créancier :	*	ASC	7
	*	Nom du créancier	7
	*	Identifiant créancier SEPA 85 rue Henri Gautier	8
	*	Numéro et nom de la rue	9
	*	Code Postal Ville	10
	*	FRANCE	11
	*	Pays	11
Type de Paiement	*	Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	12
<u>Signé à</u>	*	2 J J M M A A N N	13
<u>Signature(s)</u>	*	Lieu Date	13
	*	* Veuillez signer ici	

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur	*	Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque	14
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)	*	Nom du tiers débiteur: si votre paiement concerne un accord passé entre ASC et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.	15
	*	Code identifiant du tiers débiteur	16
	*	Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.	17
	*	Code identifiant du tiers créancier	18
Contrat concerné	*	Numéro d'identification du contrat	19
	*	Description du contrat	20

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à être utilisées par le créancier qui pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

1. La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
 2. Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères



SERDOM

SERVICE DE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

REGLEMENT DU SERVICE

ARTICLE 1^{er}

L'Association Solidarités et Créations (A.S.C.) gèrent depuis 1986 un service de portage de repas (SERDOM), dans le cadre du maintien des personnes âgées à leur domicile.

Ce service est principalement réservé aux habitants nazairiens ou trignacais qui, pour des raisons de santé ou d'environnement, ne peuvent quotidiennement se déplacer ou préparer leurs repas.

ARTICLE 2

L'admission au service est prononcée par le responsable du service. Elle est subordonnée à la fois au respect des conditions énoncées ci-dessus et aux possibilités d'intervention du service.

L'utilisateur s'engage à utiliser le service de portage des repas pour **deux semaines minimum**, avec au moins **trois repas par semaine** (y compris lorsque l'adhésion s'effectue à titre d'essai), sauf circonstances particulières indépendantes de sa volonté (par exemple : hospitalisation). Il est possible de commander des formules « allégées » (3 éléments repas) mais sans possibilité de choix du menu.

ARTICLE 3

Les mets sont confectionnés par l'unité de production : **Poivre&Sel – CHOLET**

La livraison au domicile des usagers s'effectue au moyen de la liaison froide des véhicules réfrigérés tous les jours du lundi au samedi selon le secteur géographique de : **8 h 30 à 12 h 30 ou de 13 h 30 à 15 h 00 (du lundi au vendredi)**.

Les bénéficiaires du service s'engagent à être présents à leur domicile lors de chaque livraison.

ARTICLE 4

En cas d'impérieuse nécessité, l'utilisateur pourra modifier le rythme de la livraison ou les décommander en avertissant le service **72 heures à l'avance** (soit deux jours ouvrés : du lundi au mercredi) ou **4 jours à l'avance** (du jeudi au dimanche), par téléphone au **02.40.66.10.70** ou au **06.71.93.43.31** du lundi au vendredi de 8 heures à 12 heures et de 13 heures à 16 heures, (**seules les informations transmises au secrétariat du service seront prises en compte**). Vous avez la possibilité de nous laisser un message sur notre répondeur, de nous appeler au 06.71.93.43.31 ou par messagerie électronique : serdom@asc44.fr en dehors des heures d'ouvertures. Si ce délai n'est pas respecté, la facturation s'opérera sur la base de la fréquentation habituelle.

ARTICLE 5

Dès la livraison, les barquettes **doivent être stockées dans le réfrigérateur**. Le froid assure une hygiène parfaite aux plats cuisinés. Toute barquette ayant une date de consommation périmée doit être automatiquement jetée. De même, l'utilisateur ne peut réchauffer les restes et doit impérativement les jeter.

ARTICLE 6

Des menus spécifiques peuvent être demandés au service dans le cadre de régimes (sur présentation d'un certificat médical).

ARTICLE 7

Pour les habitants de Saint-Nazaire :

-aides financières : le C.C.A.S. (Centre Communal d'Action Sociale) peut prendre en charge une partie des coûts des repas (jusqu'à 4.00 €) selon vos ressources. Le SERDOM effectue les démarches auprès du C.C.A.S. avec les justificatifs : avis d'imposition, relevé annuel des caisses de retraite, paiement de la C.A.F. Chaque année, celles-ci sont revues. Cette aide financière n'est pas cumulable avec les autres aides accordées par le Conseil Départemental, la CARSAT, etc... Le paiement des factures s'effectue **en fin de mois, par prélèvement automatique.**

Pour les habitants de Trignac :

-prendre contact directement avec le CCAS de votre ville.

ARTICLE 8

Le non-respect de ces prescriptions entraînera la suppression immédiate du service, sans préavis. En outre, en cas d'accident pouvant résulter d'un mauvais usage d'un four ou d'une mauvaise manipulation de conservation des denrées, le SERDOM décline toute responsabilité.

Fait à Saint Nazaire, le

Signature et mention « lu et approuvé »

L'utilisateur ou son représentant

Madame GACHELIN Mélanie

Directrice