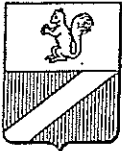


MAIRIE
DE
FIGANIÈRES

Le 19 mai 2014

B.P. 33
Code Postal : 83830
Téléphone 04 94 50 93 60
Télécopie 04 94 50 93 64
figanieres@wanadoo.fr
<http://www.figanieres.com>

Bernard CHILINI
Maire de Figanières
83830 Figanières



Objet : Plan Départemental de la Gestion d'une Canicule 2011

Références : - Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

- Décret n°2004-626 du 1er septembre 2004 pris pour application de l'article L.121-6-1 du code de l'action sociale et des familles, en cas de risques exceptionnels.

Madame, Monsieur,

Si vous remplissez l'une des conditions énumérées, ci-après :

- les personnes âgées de 65 ans et plus, résidant à leur domicile,
- les personnes âgées de plus de 60 ans reconnues inaptes au travail résidant à leur domicile
- les personnes adultes handicapées bénéficiant de l'un des avantages suivants : AAH, ACTP, carte d'invalidité, ou pension d'invalidité.

Il vous est donné la possibilité de demander de figurer sur le registre confidentiel dont le Maire doit assurer la rédaction et la tenue en vertu des textes en références. Cette démarche doit être volontaire, pour ce faire, vous êtes priés, de vous faire connaître du Centre Communal d'Action Sociale à l'adresse ci-dessus ou nous téléphoner au numéro suivant : 04/94/50/93/60.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à toute ma considération.

Le Maire



Bernard Chilini
Bernard CHILINI



CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF prévu à l'article L 126-6-1 du CASF

Nom / Prénom :

Adresse :

Téléphone : /

Sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence consécutif à une situation de risques exceptionnels, climatiques ou autres.

- en qualité de personne âgée de 65 ans et plus
- en qualité de personne âgée de plus de 60 ans et reconnue inapte au travail
- en qualité de personne handicapée

J'ai pris connaissance que cette inscription est facultative et que ma radiation peut intervenir à tout moment sur simple demande de ma part.

Renseignements complémentaires facultatifs

Je déclare bénéficier des interventions suivantes, à mon domicile :

- service d'aide à domicile :
nom du prestataire :
n° de téléphone du prestataire :
- service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) :
nom du prestataire :
n° de téléphone du prestataire :
- Portage de repas à domicile :
nom du prestataire :
n° de téléphone du prestataire :
- d'un autre service à domicile :
nature :
nom du prestataire :
n° de téléphone du prestataire :
- Je déclare ne bénéficier d'aucun service à domicile.