



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE NOMINATIF



(prévu à l'article L121-6-1 du code de l'action sociale et des familles)

INFORMATIONS À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE REMPLIR LE FORMULAIRE :

Bulletin à remplir en **LETTRES MAJUSCULES** soit :

- par la personne âgée ou en situation de handicap,
 - par un tiers (représentant légal, intervenant médico social, entourage, parent, ami),
- et à retourner au CCAS de Chabeuil :**
- par mail : ccas@mairie-chabeuil.fr,
 - par voie postale ou à remettre dans la boîte aux lettres de la mairie à l'adresse suivante, Hôtel de Ville, Centre Communal d'Action Sociale - 1 place Génissieu - 26120 Chabeuil.

1 - IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE :

| | |
|--|-------------|
| NOM : | PRÉNOM(S) : |
| NÉ(E) LE : | TÉLÉPHONE : |
| ADRESSE : | |
| SITUATION FAMILIALE : | |
| <input type="checkbox"/> isolé(e) <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> en famille | |
| <i>Je 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.</i> | |
| Je demande mon inscription : <input type="checkbox"/> en qualité de personne âgée de 65 ans et plus, <input type="checkbox"/> en qualité de personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail, <input type="checkbox"/> en qualité de personne en situation de handicap. | |
| Je suis informé(e) que cette inscription est facultative et que ma radiation peut être effectuée à tout moment sur simple demande de ma part. | |

2 - RÉFÉRENCES DU SERVICE MÉDICAL OU SOCIAL INTERVENANT À VOTRE DOMICILE OU EN CONTACT AVEC VOUS :

| | |
|---|-------|
| Je déclare bénéficiaire de l'intervention : | |
| <input type="checkbox"/> d'un service d'aide à domicile, | |
| NOM DU SERVICE : | TÉL : |
| ADRESSE : | |
| <input type="checkbox"/> d'un service de soins infirmiers à domicile, | |
| NOM DU SERVICE : | TÉL : |
| ADRESSE : | |
| <input type="checkbox"/> d'un autre service, | |
| NOM DU SERVICE : | TÉL : |
| ADRESSE : | |

3 - PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

| | |
|-------------|-----------|
| NOM : | ADRESSE : |
| PRÉNOM(S) : | |
| TÉLÉPHONE : | |
| NOM : | ADRESSE : |
| PRÉNOM(S) : | |
| TÉLÉPHONE : | |
| NOM : | ADRESSE : |
| PRÉNOM(S) : | |
| TÉLÉPHONE : | |

4 - SI LE BULLETIN EST REMPLI POUR LE BÉNÉFICIAIRE PAR UN TIERS, VEUILLEZ PRÉCISER VOS COORDONNÉES :

| | |
|--|-------------|
| NOM : | TÉLÉPHONE : |
| PRÉNOM(S) : | ADRESSE : |
| AGISSANT EN QUALITE DE : <input type="checkbox"/> représentant légal, <input type="checkbox"/> service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile, <input type="checkbox"/> médecin traitant, <input type="checkbox"/> autres : _____ | |

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 de la ville de Chabeuil toute modification concernant des 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 obligatoire du bénéficiaire :

Signature obligatoire du déclarant (si différent du bénéficiaire) :

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement par la ville de Chabeuil. Vos données seront utilisées ou traitées que dans la mesure où cela est nécessaire pour la continuité des services. Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder le temps nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi, à moins que vous exerciez votre droit de suppression ou si la durée de conservation doit être allongée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire. Pendant cette période, la ville de Chabeuil met tout en œuvre pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 applicable dès le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de suppression et de portabilité de vos données en cas de motifs légitimes.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez nous contacter au 04 75 59 93 58 ou par e-mail à l'adresse ccas@mairie-chabeuil.fr.

Pour toute information complémentaire ou réclamation vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ou le délégué à la protection des données de la ville de Chabeuil à l'adresse suivante rgpd@numerial.fr.