

Demande d'inscription sur le fichier vigilance



CHÂTENAY-MALABRY

Inscription du ou des bénéficiaire(s) (un bulletin par foyer)

Personne seule :

Madame Monsieur

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Percevez-vous l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) :

Oui Non

Votre situation de handicap est-elle reconnue par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) :

Oui Non

Autre personne vivant au domicile :

Madame Monsieur

Lien : _____

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Oui Non

Choix concernant le(s) inscription(s)

Inscription sur le « registre vigilance » pour être contacté en cas de situation particulière et ponctuelle nécessitant une veille sanitaire et/ou sociale.

Inscription au « plan canicule » avec obligation d'un contact téléphonique quotidien avec le Centre Communal d'Action Sociale :

Personne âgée de plus de 60 ans reconnue inapte au travail ;

Personne âgée de 65 ans et plus ;

Personne adulte handicapée reconnue par la MDPH.

Inscription « hors critères d'âge ou de vulnérabilité » mais simplement pour recevoir des « informations générales » de la commune.

Domicile

Téléphone portable : _____

Téléphone fixe : _____

Mail : _____ @ _____

N° et rue : _____

Code(s) d'entré(s) : _____ Bâtiment : _____ Escalier : _____ Étage : _____ N° porte : _____



Absence(s) (Précisez vos dates d'absences prévues en le 1^{er} juin et le 15 septembre)

Dates auxquelles vous pensez être absent(e) de votre domicile de juin à septembre :

Personnes de votre entourage à prévenir (2 au minimum)

1 - NOM et Prénom : _____ Téléphone : _____

2 - NOM et Prénom : _____ Téléphone : _____

Divers

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Autres intervenants réguliers au domicile (aide à domicile, kiné, infirmiers...):

NOM : _____ Téléphone : _____

NOM : _____ Téléphone : _____

Prestataire TéléAssistance _____ Téléphone : _____

Inscription par une tierce personne (envoyer ce formulaire par courrier)

NOM et Prénom : _____ Téléphone : _____

Représentant(e) légal(e) : Oui Non Lien : _____

Adresse complète : _____

Le ___ / ___ / ____ - Signature

Le ___ / ___ / ____ - Signature de la seconde personne vivant au foyer le cas échéant

NB : Les informations communiquées demeurent confidentielles. Elles seront néanmoins transmises au Préfet et, le cas échéant, aux services sociaux et sanitaires chargés de l'organisation et de la coordination des interventions à domicile dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels (articles 7 et 8 du décret n° 2004-926 du 1^{er} septembre 2004). En application de l'article 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, toute personne inscrite au registre communal des personnes âgées ou handicapées a droit d'accès et de rectification des informations nominatives la concernant.

En remplissant le présent formulaire, et en nous le transmettant, vous consentez au traitement de vos données personnelles par les services compétents de la Ville de Châtenay-Malabry. Sans ces données, nous pourrions être dans l'incapacité de répondre favorablement à votre demande.

Conformément à la réglementation en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel (la Loi Informatique et Libertés modifiée et RGPD), vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification, d'opposition, de limitation et d'effacement en envoyant un email à dpo@chatenay-malabry.fr ou par courrier à : Mairie de Châtenay-Malabry - Données personnelles - 26 rue Docteur Le Savoureux, 92290 Châtenay-Malabry.

Ce formulaire doit être déposé au Centre Communal d'Action Sociale **ou** envoyé
✉ : CCAS - 26 rue du Docteur Le Savoureux - 92290 CHÂTENAY-MALABRY
@ : ccas@chatenay-malabry.fr