

CONTRAT DE RESTAURATION A DOMICILE



Choisissez la formule qui vous convient...

Entre : Le Centre Communal d'Action Sociale, BP 563 Place Romée de Villeneuve, Bât le Ligourès, 13092 Aix-en-Provence Cedex 2.

Et :

NOM : **PRENOM** :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : **VILLE** :

CODE RESIDENCE OU PORTAIL :

DATE DE NAISSANCE : **TEL**.....

Choix de la prestation

Repas individuel

Repas couple

- Personne n°1 : Nom :
Prénom :

- Personne n°2 : Nom :
Prénom :

Formule proposée :	
<input type="checkbox"/> Journée alimentaire (déjeuner + dîner)	<input type="checkbox"/> Déjeuner (repas du midi)
Jours choisis :	
<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi
<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi
<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Samedi
<input type="checkbox"/> Dimanche	
Pain :	
<input type="checkbox"/> Pain	<input type="checkbox"/> Pain de mie
<input type="checkbox"/> Biscottes	<input type="checkbox"/> Pain au lait
Repas spécifique :	
<input type="checkbox"/> Sans Porc	<input type="checkbox"/> Pauvre en sel
<input type="checkbox"/> Mixé	<input type="checkbox"/> Pauvre en sucre
Dépôt des barquettes dans le réfrigérateur :	
<input type="checkbox"/> Par le livreur	<input type="checkbox"/> Par le bénéficiaire
Aide du livreur pour remplir le choix des menus :	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Remise de clef au CCAS: uniquement pour les personnes qui rencontrent des problèmes de mobilité. Dans tous les cas le bénéficiaire doit être présent au domicile.	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nombre de clefs :	Code entrée :
Personne à contacter en cas d'absence lors de la livraison :	
Nom :Prénom :	
Tel :Qualité :	

Une période d'essai de 15 jours est prévue (une fois /bénéficiaire). L'intégralité du nombre de repas selon le planning choisi sur cette période est dûe.

La fiche pour le choix entre les menus A et B vous sera remise après ces 15 jours d'essais, sauf pour les régimes mixés.

Les livraisons s'effectuent les Lundi, Mercredi et Vendredi à partir de 7h30 et jusqu'à 12h30 en fonction de l'ordre des tournées.

Coût de la prestation

Tarifs par repas :

	Prix du repas journée alimentaire	Prix du repas déjeuner
Ressources ≤ à 100% du montant maximum de l'ASPA	1.90 €	1.90 €
Ressources ≤ à 115% du montant socle	7.40 €	6.80 €
Ressources ≤ à 175% du montant socle	8.95 €	8.35 €
Ressources > à 175% du montant maximum de l'ASPA	9.30 €	8.70 €

L'avis d'imposition ou de non imposition est à remettre obligatoirement au service portage de repas afin de déterminer votre tarif, à défaut le tarif maximum sera appliqué.

Référent du contrat

« Le bénéficiaire » désigne une **personne** ou **membre de sa famille comme personne « référente »** en cas de difficultés personnelles / aptitudes à pouvoir prendre des décisions sur le présent contrat, ou mentionne à cet endroit les coordonnées du tuteur éventuel (dans ce cas, merci de nous communiquer une copie du jugement).

Nom : Prénom :
 Adresse :

 Code Postal : Ville :
 Tel :

Facturation et paiement

Le règlement des factures est mensuel.

Adresse du destinataire de la facture :

- Mon domicile
 Le domicile de la personne « référente »

Modalité de paiement :

- Prélèvement bancaire (joindre un RIB + autorisation de prélèvement)
 Chèque bancaire (à l'ordre de la Regie du Maintien à Domicile)
 Espèces
 Virement
 CB

La prestation est facturée à terme échu, vous recevrez une facture mensuelle à votre domicile et le règlement doit être effectué avant le 20 du mois suivant.

En cas de retard de paiement : Sans acquittement immédiat, le service du CCAS transmettra la dette au Trésor Public pour le recouvrement.

Suspension du contrat

Dans les cas où il y aurait lieu de suspendre de façon non prévisible les prestations (hospitalisation) le bénéficiaire ou ses aidants s'engagent à prévenir dans les 24 heures le Service des Aides à la Personne au **04 42 17 99 78**. La journée de consommation en cours sera facturée.

Dans les cas où il y aurait lieu de suspendre de façon prévisible les prestations les prestations (arrêt, vacances, placement), le bénéficiaire s'engage à prévenir 48 heures à l'avance, soit 2 jours ouvrables, le Service des Aides à la Personne au **04 42 17 99 78**.

Toutefois **en cas d'absence non signalée, l'usager est dans l'obligation de régler tous les repas prévus.**

Dans les cas où il y aurait lieu de reprendre de façon non prévisible les prestations (sortie d'hospitalisation) le bénéficiaire ou ses aidants s'engagent à prévenir au plus vite le Service des Aides à la Personne au **04 42 17 99 78** pour une remise en place de la livraison des repas au plus vite.

Rupture du contrat

Il peut être rompu par chacune des deux parties par courrier, sous réserve du respect du délai de préavis de 7 jours à compter de la réception du courrier. Sauf en période d'essai, où le présent contrat peut être rompu au terme de la période d'essai..

Durée du contrat

Le contrat est valide pour une période d'un mois, renouvelable chaque mois par tacite reconduction.

La prestation débutera le :

L'usager déclare avoir pris connaissance et accepter les termes et les conditions imprimées sur le présent document.

Fait à le

Signature du bénéficiaire

La Vice-Présidente,

« Lu et approuvé »

Brigitte BILLOT

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé dûment complété à la Régie de Recette Soutien à Domicile – Centre Communal d'Action Sociale – Le Ligourès – Place Romée de Villeneuve – BP 563 – 13092 AIX EN PROVENCE CEDEX 2, sans les séparer en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.)

**DEMANDE DE PRELEVEMENT
DU MONTANT DES PRESTATIONS DUES AU TITRE DU SOUTIEN A DOMICILE**

Je vous prie de bien vouloir faire prélever en votre faveur sur le compte dont le numéro est indiqué ci-dessous, les sommes dont je deviendrai débiteur envers la Régie de Recette Soutien à Domicile du Centre Communal d'Action Sociale de la Ville d'Aix-en-Provence, sommes pour lesquelles j'aurais reçu préalablement la facture. La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part, à notifier en temps voulu à la Régie de Recette Soutien à Domicile du Centre Communal d'Action Sociale d'Aix-en-Provence.

Nom et Adresse du Débiteur				Désignation de l'établissement teneur du compte à débiter	
Compte à Débiter				Nom et Adresse du Créancier	
Code		N° de compte	Clé R.I.B.	REGIE RECETTE SOUTIEN A DOMICILE CCAS AIX EN PROVENCE PLACE ROMEE DE VILLENEUVE LE LIGOURES – BP 563 13092 AIX EN PROVENCE CEDEX 02	
Etablissement	Guichet				
//////	//////	//////////	///		
IBAN		BIC			
/////		//////////			

Date :

Signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus dans les conditions prévues par la délibération n° 80-10 du 01/04/80 de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT – J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si ma situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le Régisseur de Recette Soutien à Domicile du CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE (C.C.A.S.) de la Ville d'Aix-en-Provence. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le Régisseur de Recette Soutien à Domicile.	REGIE RECETTE SOUTIEN A DOMICILE CCAS AIX-EN-PCE N° national d'émetteur 516269
--	---

Nom et Adresse du Débiteur				Nom et Adresse du Créancier	
				REGIE RECETTE SOUTIEN A DOMICILE CCAS AIX EN PROVENCE PLACE ROMEE DE VILLENEUVE LE LIGOURES – BP 563 13092 AIX EN PROVENCE CEDEX 02	
Compte à Débiter				Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter	
Code		N° de compte	Clé R.I.B.		
Etablissement	Guichet				
//////	//////	//////////	///		
IBAN		BIC			
/////		//////////			

Date :

Signature :