Comment s'inscrire ?

Votre **référent CCAS** prendra en compte votre besoin pour le service de portage de repas à domicile et effectuera les formalités d'inscription auprès du Centre Hospitalier Layon-Aubance.

Pour tout renseignement, contactez :

- Votre référent CCAS

OU

- Votre référente au Centre Hospitalier Layon-Aubance :

Mme Béatrice BODY

02.41.83.55.55

Le *Centre Hospitalier Layon-Aubance* EN BREF ...

Il s'étend sur 4 sites :

Hôpital de Martigné-Briand

27 lits de soins de suite et de réadaptation

EHPAD de Martigné-Briand

72 lits

EHPAD de Brissac-Quincé

77 lits + 6 places d'accueil de jour

EHPAD de Thouarcé

52 lits

EHPAD de Faye d'Anjou

21 lits

CENTRE HOSPITALIER LAYON-AUBANCE

Site de Martigné-Briand
12 rue du Colonel PANAGET
49540 MARTIGNE-BRIAND

Téléphone : 02.41.83.55.55
Télécopie : 02.41.59.66.36
repas-domicile@ch-layon-aubance.fr

LAYON AUBANCE
HÔPITAL • RÉSIDENCES • SERVICES

VOUS PROPOSE

LE SERVICE DE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

« Un service de proximité et de qualité proposé pour répondre à des besoins ponctuels ou permanents ... »

Le portage de repas à domicile

Pourquoi ?

Pour favoriser le **maintien à domicile** des personnes âgées ou en difficulté.

Pour qui ?

Les bénéficiaires potentiels de ce service sont les personnes âgées de plus de 60 ans, les personnes handicapées ou les personnes de moins de 60 ans ayant momentanément un problème de santé majeur.

Les bénéficiaires doivent résider sur la **Communauté de Communes des Coteaux du Layon.**

Formule proposée

- une entrée **et** un potage
- une viande **ou** un poisson
- légumes : 2 portions de légumes différents
- fromage : 2 portions différentes
- un dessert et un laitage

Cette **formule complète** couvre les besoins alimentaires du déjeuner et du dîner.

Elle est préparée selon les principes de la **liaison froide.**

Tarifs 2016

Pour 1 personne : **9,80€**

Tarif dégressif pour la 2ème personne vivant dans le même foyer : **7,90€**

Les tarifs sont révisables au 1er janvier de chaque année.

Combien de repas ?

Les bénéficiaires peuvent commander de **3 à 7 formules complètes par semaine**, selon leurs besoins.

Quand ?

La **fréquence des livraisons** permettra d'assurer un service continu de portage de repas à consommer 7 jours sur 7. Elle pourra par exemple être la suivante :

- Le **lundi** dans la matinée, (repas à consommer le mardi et le mercredi).
- Le **mercredi** dans la matinée, (repas à consommer le jeudi et le vendredi).
- Le **vendredi** après-midi, (repas à consommer le samedi, le dimanche et le lundi).

Cette planification est susceptible de varier selon le nombre de repas commandés et le calendrier (jours fériés).

Comment ?

Les repas sont :

- **Commandés** par le bénéficiaire chaque semaine auprès du livreur,
- **Préparés, conditionnés et livrés** par le Centre Hospitalier Layon-Aubance, site de Martigné-Briand,
- Livrés à domicile en **véhicule réfrigéré**.

Les régimes sont admis sur présentation d'un certificat médical.

*Une carte permanente de remplacement des menus est mise en place

Conditions nécessaires

Les repas doivent impérativement être conservés au **réfrigérateur.**

Une **visite préalable** sera organisée à votre domicile par votre référent CCAS pour vous conseiller sur le stockage et la réchauffe des plats et attester du bon fonctionnement de ceux-ci.

Le bénéficiaire s'engage à respecter les règles **d'hygiène** qui lui seront indiquées.

Les **aliments non consommés** dans les délais indiqués sur l'étiquetage devront impérativement être détruits par vos soins, par le livreur ou par votre famille.

Centre Hospitalier Layon-Aubance

Centre Hospitalier LAYON – AUBANCE	FICHE D'IDENTIFICATION BENEFICIAIRE DU PORTAGE DE REPAS A DOMICILE			Réf : RES-ENR-021 Version n°3 Page 1 / 2
Application : Martigné-Briand	Secteur : Extérieur	Date de création : Janvier 2013	Dernière modification : Mars 2015	Date de revue : Janvier 2017

IDENTIFICATION DU/DES BENEFICIAIRE(S)

Bénéficiaire 1 : NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : _ _ / _ _ / 19_ _ MEDECIN TRAITANT : Dr .....

ADRESSE : .....

.....

N° de TELEPHONE : ..... e-mail : .....@.....

Bénéficiaire 2 du même foyer (s'il y a lieu) :

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : _ _ / _ _ / 19_ _ MEDECIN TRAITANT : Dr .....

CCAS DE RATTACHEMENT

COMMUNE : .....

REFERENT CCAS :

NOM : ..... PRENOM : .....

N° de TELEPHONE : ..... e-mail : .....@.....

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

N° de TELEPHONE : ..... e-mail : .....@.....

LIEN AVEC LE BENEFICIAIRE : .....

PRESTATION SOUHAITEE à partir du : ...../...../ 201_

Repas souhaités par semaine	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE

Un régime est-il prescrit pour le bénéficiaire 1 ? ☐ Non ☐ Oui : lequel ? .....

Un régime est-il prescrit pour le bénéficiaire 2 ? ☐ Non ☐ Oui : lequel ? .....

FACTURATION

Adresse de facturation si différente de celle du bénéficiaire :

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

N° de TELEPHONE : ..... e-mail : .....@.....

Mode de règlement :

☐ Prélèvement bancaire ☐ Chèque (à l'ordre du Trésor Public)

Dans ce cas, joindre : ☐ Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

☐ L'autorisation de prélèvement dûment complétée

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Le(s) bénéficiaire(s) est (sont)-il(s) placé(s) sous protection juridique ? ☐ Non ☐ Oui

Si OUI, préciser les coordonnées du tuteur, curateur… :

STATUT : ☐ Tuteur ☐ Curateur ☐ Autre : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

ETABLISSEMENT : .....

ADRESSE : .....

.....

N° de TELEPHONE : ..... e-mail : .....@.....

OBSERVATIONS :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : REGLEMENT PORTAGE DES REPAS A DOMICILE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) ***CENTRE HOSPITALIER LAYON-AUBANCE*** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ***CENTRE HOSPITALIER LAYON-AUBANCE***.
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 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR88 ZZZ 567 719

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	Nom : **CENTRE HOSPITALIER LAYON-AUBANCE** Adresse : 12 rue Colonel Panaget Code postal : 49540 Ville : MARTIGNÉ BRIAND Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) | IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y
Paiement ponctuel Y

Signé à :

Le :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

*En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le **CENTRE HOSPITALIER LAYON AUBANCE**. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec **CENTRE HOSPITALIER LAYON AUBANCE**.*

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, 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'informatique, aux fichiers et aux libertés.

ENTRE :

Le Centre Hospitalier Layon-Aubance, 12 rue du Colonel Panaget – 49540 Martigné-Briand,

D'une part,

ET :

M. / Mme* Nom : ..... Prénom(s) : .....

Adresse : .....

.....

D'autre part,

** Rayez la mention inutile si nécessaire*

Article 1 – RÈGLES GÉNÉRALES DE FONCTIONNEMENT

Le service de portage des repas à domicile est assuré par le Centre Hospitalier Layon-Aubance qui assure la fabrication, le conditionnement et la livraison des repas selon le principe de la liaison froide.

Une formule complète est livrée, incluant les repas du midi et du soir.

La fréquence des livraisons permettra d'assurer un service continu de portage de repas à consommer 7 jours sur 7. Elle pourra par exemple être la suivante :

- Le lundi dans la matinée, (repas à consommer le mardi et le mercredi).
- Le mercredi dans la matinée, (repas à consommer le jeudi et le vendredi).
- Le vendredi après-midi, (repas à consommer le samedi, le dimanche et le lundi).

Cette planification est susceptible de varier selon le nombre de repas commandés et le calendrier (jours fériés).
Le service est assuré en partenariat avec les CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) de la Communauté de Communes des Coteaux du Layon qui nommeront des référents pour assurer le lien entre le bénéficiaire et le Centre Hospitalier Layon-Aubance.

La présence du bénéficiaire ou d'une tierce personne est indispensable au moment de la livraison.

Article 2 – ADMISSION AU BÉNÉFICE DU SERVICE

Conditions Générales :

La personne souhaitant bénéficier du service doit être domiciliée sur une des communes de la Communauté de Communes des Coteaux du Layon. Les demandes extérieures, à proximité de la commune, seront étudiées par le Centre Hospitalier Layon-Aubance.

Conditions d'admission :

Les bénéficiaires potentiels de ce service sont les personnes âgées de plus de 60 ans, les personnes handicapées ou les personnes de moins de 60 ans ayant momentanément un problème de santé majeur.

Procédure d'admission :

La demande d'admission doit être faite par le bénéficiaire auprès du référent du CCAS concerné. Celui-ci instruit la demande en procédant à une visite sociale et technique du bénéficiaire.

En cas de régime spécifique, une prescription médicale (avec fiche de régime) sera demandée par le référent du CCAS et transmise au Centre Hospitalier Layon-Aubance.

Durée d'admission :

L'admission est fixée pour une durée adaptée à chaque bénéficiaire.

Conditions techniques :

Le bénéficiaire devra obligatoirement disposer d'un réfrigérateur en état de fonctionnement, et idéalement d'un four à micro-ondes. Le bénéficiaire est seul responsable du stockage des denrées et du respect de leurs dates limites de consommation. En aucun cas les denrées livrées ne doivent être congelées.

Article 3 – COMMANDE DE REPAS

Le repas complet comprend :

- une entrée **et** un potage
- une viande **ou** un poisson
- légumes : 2 portions de légumes différents
- fromage : 2 portions différentes
- un dessert et un laitage

Le pain et les boissons ne sont pas fournis.

En cas de nécessité, en raison notamment de difficultés dans l'approvisionnement, la composition des menus pourrait être modifiée par le Centre Hospitalier Layon-Aubance.

Les menus sont transmis au bénéficiaire deux semaines avant la consommation.

Chaque semaine, le livreur prend commande auprès du bénéficiaire, du nombre de repas souhaités pour la semaine suivante.

Le bénéficiaire s'engage à commander au moins 3 formules par semaine.

Si toutefois un bénéficiaire désirait décommander un ou plusieurs repas, le livreur de repas ou le Centre Hospitalier Layon-Aubance, devraient être prévenus au minimum trois jours avant la livraison prévue. Si ce délai n'était pas respecté, le prix du repas resterait dû.

Si un bénéficiaire refusait le repas proposé sans avoir averti le Centre Hospitalier Layon-Aubance ou le livreur, le prix du repas resterait dû.

Article 4 – LIVRAISON

La fréquence des livraisons permettra d'assurer un service continu de portage de repas à consommer sept jours sur sept. Elle sera organisée de la façon suivante (organisation donnée à titre indicatif) :

- Le **lundi** dans la matinée, (repas à consommer le mardi et le mercredi).
- Le **mercredi** dans la matinée, (repas à consommer le jeudi et le vendredi).
- Le **vendredi** après-midi, (repas à consommer le samedi, le dimanche et le lundi).

Article 5 – PRIX DE LA PRESTATION

Le prix du repas est fixé **(tarifs au 1er janvier 2016)** et sera révisé annuellement :

- **9,80 € TTC** pour un habitant de la Communauté de Communes des Coteaux du Layon,
- **7,90 € TTC** tarif dégressif pour une 2ème personne (vivant dans le même foyer).

Article 6 – FACTURATION

La facturation sera effectuée mensuellement à terme échu par le Centre Hospitalier Layon-Aubance et une facture sera adressée au bénéficiaire. Le règlement par prélèvement bancaire (de préférence) ou par chèque (à l'ordre du Trésor Public) sera ensuite à effectuer dans les meilleurs délais auprès du Centre Hospitalier Layon-Aubance. Pour tout règlement par prélèvement bancaire, une autorisation de prélèvement sera à transmettre au Centre Hospitalier Layon-Aubance (voir annexe).

Article 7 – CESSATION DU SERVICE

Entraînent la perte du bénéfice du service :

- la démission volontaire de la qualité de bénéficiaire : ce dernier veillera à en avertir par écrit le Centre Hospitalier Layon-Aubance, 8 jours avant la date de cessation. Il recevra alors une enquête sur les motifs de sortie du dispositif.
- le non-respect du règlement.

Article 8 – INTERRUPTION DU SERVICE

Le Centre Hospitalier Layon-Aubance et le Centre Communal d'Action Sociale se réservent la possibilité d'interrompre le service de portage chez un bénéficiaire si les conditions de conservation des aliments à son domicile devenaient défectueuses (ex: panne de réfrigérateur) ou si le service se révélait inadapté au cas de la personne.

A Martigné-Briand, le _ _ / _ _ /20_ _

Le bénéficiaire

Monsieur Christophe BRUAND
Directeur du Centre Hospitalier Layon-Aubance

ANNEXES :

- Autorisation de prélèvement bancaire
- Fiche d'identification du bénéficiaire du service de portage de repas à domicile (RES-ENR-021)