

FICHE BENEFICIAIRE PORTAGE

Nom et prénom :

Date de naissance : / / Age :

Tél : Portable :

Adresse :

Appartement Maison Code : Etage :**Personnes à contacter :**

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

N° de téléphone : Portable :

Mail : Possède un jeu de clé du bénéficiaire

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

N° de téléphone : Portable :

Mail : Possède un jeu de clé du bénéficiaire **Médecin traitant :** Tél :**Livraison demandée à partir du :** / /**Sous condition :**Âgé de plus de 70 ans Âgé de moins de 70 ans, bénéficiaire de : L'allocation Adulte Handicapé (AAH) Pension d'invalidité L'allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA) Maladie longue durée Perte d'autonomie (maximum 2 mois),

date de début : / /

Quotient familial :**Tarif appliqué par repas livré :**

QF 1	QF 2	QF 3
QF <764	765 < QF < 1600	QF < 1601
6,75 €	9,00 €	12,00 €