

***Ce document est à déposer à l'accueil de la Mairie ou à retourner à***

Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)  
11 rue Jacques Rimabult  
CS 40216 – 18022 Bourges Cedex

Ou par mail [canicule@ville-bourges.fr](mailto:canicule@ville-bourges.fr)

Dans le cadre de son Agenda 21 de la Longévité, la Ville de Bourges par l'intermédiaire de son Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) met en place des actions afin de favoriser la lutte contre l'isolement des séniors. Ces actions prennent aussi bien la forme d'activités ouvertes à tous afin de maintenir le lien social, que d'accompagnements individuels à domicile pour les personnes empêchées.

Afin de pouvoir répondre à toutes les demandes individuelles, le CCAS de la Ville de Bourges a conventionné avec des structures associatives proposant un accompagnement aux séniors berruyers. Il s'agit des Petits Frères des Pauvres, d'Unis Cité et de SC2S.

Le CCAS de Bourges vous propose plusieurs offres afin de maintenir et développer le lien social des plus âgés. Merci de cocher ci-dessous les services que vous souhaitez.

- J'autorise le CCAS à recueillir et traiter mes données personnelles dans le cadre de sa mission d'intérêt public de lutte contre l'isolement des séniors. Je suis informé(e) que je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement des données me concernant.<sup>1</sup> (**obligatoire**)
  
- Je sollicite mon inscription sur le registre des personnes vulnérables et bénéficiaire de la campagne d'appels en cas de déclenchement du plan canicule ou d'événement climatique ou sanitaire majeur en qualité de (**cocher la proposition qui vous correspond**) :
  - Personne âgée de 65 ans et plus résidant à son domicile
  - Personne âgée de plus de 60 ans et reconnue inapte au travail
  - Personne adulte handicapée, résidant à son domicile

---

<sup>1</sup> Vu le règlement général européen n°2016/679 du 27 avril relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractères personnel et à la libre circulation des données (RGPD) et la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée le 29 juin 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et à la liberté

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : 23-31 Boulevard Foch, CS 20321, 18023 Bourges Cedex ou par mail [dpo@agglo-bourgesplus.fr](mailto:dpo@agglo-bourgesplus.fr)

- Je souhaite être informé(e) des activités du service animation du CCAS et j'accepte que mes données personnelles soient recueillies par ce service afin de recevoir les programmes d'animation par mail. (Ne vaut pas inscription aux activités)
- Je souhaite recevoir des visites de courtoisie à domicile et/ou des appels de courtoisie et j'autorise le CCAS de Bourges à transmettre mes données personnelles telles que nom, prénom, adresse et téléphone, à nos structures partenaires dans le cadre de la lutte contre l'isolement des seniors berruyers. Ces structures sont identifiées par convention : Les petits Frères des Pauvres, SC2S et Unis Cité.
- Je souhaite recevoir des visites de courtoisie à domicile et/ou des appels de courtoisie et je n'autorise pas le CCAS de Bourges à transmettre mes données personnelles

### 1. Identification du bénéficiaire

NOM Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse mail :

Date de naissance :

Situation familiale :     Isolé.e     En couple     En famille

Disposez-vous d'une téléalarme ?     Oui     Non

### 2. Coordonnées du tiers effectuant la démarche

NOM Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Lien avec la personne à inscrire :

### 3. Services intervenant à domicile

Service d'aide à domicile

NOM :

Adresse :

Téléphone :

Service de soins infirmiers à domicile

NOM :

Adresse :

Téléphone :

Service de portage de repas à domicile

NOM :

Adresse :

Téléphone :

Autre service :

NOM :

Adresse :

Téléphone :

**4. Coordonnées d'une personne de confiance à joindre en cas d'urgence (famille, amis, voisins etc.) *Obligatoire***

NOM Prénom :

Adresse :

Téléphone :

**5. Coordonnées du médecin traitant**

NOM Prénom :

Adresse :

Téléphone :

**6. Évaluation de l'autonomie à domicile**

***Les questions ci-dessous permettent au CCAS d'évaluer votre degré d'autonomie à domicile et ainsi de vous proposer des services adaptés.***

Recevez-vous des appels réguliers de vos proches ? oui non

Recevez-vous des visites régulières de vos proches ? oui non

Vous vivez en logement Collectif Individuel

Votre logement bénéficie de conditions de rafraîchissement (climatisation, ventilateur, rafraîchisseur d'air) ? oui non

Éprouvez-vous des difficultés à vous déplacer en intérieur ? oui non

Éprouvez-vous des difficultés à vous déplacer en extérieur ? oui non

Percevez-vous une allocation (AAH, APL, APA) ? oui non

Avez-vous une reconnaissance d'handicap ? oui non

**Date :**

**Signature :**