

FICHE BÉNÉFICIAIRE

CADRE RÉSERVÉ À RESO'AP

Fiche reçue le : ____ / ____ / ____

☐ T+

☐ STAT

☐ MAPS

☐ FACT.M

☐ MAIL

IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

☐ Monsieur

☐ Madame

Nom – Prénom

Adresse

Code postal

Commune

Étage

Numéro de porte

Interphone : ☐ Oui ☐ Non

Type d'habitation :

☐ Appartement

☐ Maison

Téléphone domicile

Téléphone portable

Adresse mail

Date de naissance

☐ Vit seul(e)

☐ En couple

Tutelle : ☐ Oui ☐ Non

Curatelle : ☐ Oui ☐ Non

Si tutelle ou curatelle – coordonnées du représentant légal

Nom du tuteur

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Adresse mail

FACTURE à envoyer à (si différent du bénéficiaire)

☐ Adresse postale :

☐ Adresse mail :

COMMENT AVEZ-VOUS EU CONNAISSANCE DE L'ASSOCIATION ?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ MSA / CPAM | ☐ CLIC / Département | ☐ Structures médico-sociales |
| ☐ Générations Mouvement | ☐ Service à domicile | ☐ Bouche à oreille |
| ☐ Mairie et/ou CCAS | ☐ Assistantes sociales | ☐ Commerces |
| ☐ Réunion publique | ☐ Presse, radio | ☐ Internet |

Autres _____

ÉLÉMENTS À SIGNALER AUX BÉNÉVOLES

Avez-vous :

- | | |
|---|---|
| ☐ Canne | ☐ Déambulateur |
| ☐ Fauteuil roulant | ☐ Des problèmes de vue |
| ☐ Appareils auditifs | |

Autres éléments de santé importants à signaler _____

☞ Si vous possédez un macaron pour stationnement handicapé, merci de le prévoir lors de vos accompagnements.

PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Contact 1

Lien de parenté _____

Nom – Prénom _____

Téléphone domicile _____

Téléphone portable _____

Contact 2

Lien de parenté _____

Nom – Prénom _____

Téléphone domicile _____

Téléphone portable _____

☐ J'atteste avoir lu et j'approuve le règlement de fonctionnement de l'association.

POUR UNE BONNE GESTION DE L'ACCOMPAGNEMENT

- Prévenir en cas d'annulation 48h avant, sinon l'accompagnement sera facturé,
- Prévenir minimum 5 jours avant (sans compter les week-ends).

Merci de joindre impérativement un RIB et le mandat de prélèvement SEPA.

Une cotisation annuelle de 11€/an sera facturée et prélevée à votre adhésion.

Fait à _____

Le _____

Signature :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA DIRECT DEBIT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'association RESEAU SOCIAL AIDES A LA PERSONNE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de RESEAU SOCIAL AIDES A LA PERSONNE.

Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter les champs marqués *

Référence du mandat

CODE RUM :

IDENTIFICATION DU CLIENT * *en ce qui vous concerne, nous avons besoin des éléments suivants :*

Votre Nom et Prénom : _____

Votre adresse : _____

Code postal et ville : _____

Pays : _____

Titulaire du compte bancaire (pouvant être différent du débiteur)

NOM DE VOTRE BANQUE* :

IBAN* :

Bank Identifier Code – BIC* :

IDENTIFICATION DU CREANCIER SEPA

F R 8 8 5 3 1 2 3 1 0 6 6

Nom du créancier : **RESO AP**

Adresse : **30 RUE PAUL LIGNEUL**

Code postal et ville : **72000 LE MANS**

Pays : **FRANCE**

Type de paiement

Paiement récurrent

Lieu *

Date *

Votre signature *