



C.C.A.S. - Pôle Social Personnes Fragiles  
14 rue des Chassaintes  
CS 91008 / 30906 Nîmes Cedex 2

APA - oui - non

NOM : .....  
Prénom : .....

## TÉLÉASSISTANCE DEMANDE D'ATTRIBUTION – FICHE DE RENSEIGNEMENTS



### 1-BÉNÉFICIAIRE

Monsieur     Madame

NOM :  Prénoms :

Nom Jeune fille :  Date naissance :  à  DPT:

Tél :  Portable :

Situation familiale :  Célibataire     Concubinage     Pacsé(e)     Marié(e)     Veuf(ve)     Divorcé(e)

Bât.:  Escalier :  Étage :  Porte :  Code Porte/Interphone :

N° :  Voie :

Code Postal :  Ville :

Type de logement :  Appartement     Maison     Jardin / cour

Résidence Autonomie     Autre :      Animaux précisez :

Protection du logement :  Alarme     Porte blindée     Boîtier ou coffre à clé code :

Type de ligne téléphonique :  Ligne fixe classique     Box Internet     Fibre optique

Autre :

Nom de l'opérateur :

Autonomie : Bénéficiaire Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) :  oui     non

Si oui : avec prise en charge téléassistance :  oui     non Taux de Participation :  %

Risque de chute : souhaitez-vous un bracelet détecteur de chute (aucun surcoût) :  oui     non

Qui vous a orienté vers notre service ?

Quand souhaitez-vous la mise en place de la Téléassistance ?



### CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION



Dépôt du dossier le :

Complet :  oui     non    En date du :

Motif du rejet :

Revenus déclarés :

Calcul Redevance :  1ère facturation :

Revenus Foncier :

Visa du Chef de Pole :

Capitaux mobiliers déclarés :

Date :

Envoi contrats à l'abonné le :

Réception contrats signés le :

Date demande raccordement :

Date retour appareil/résiliation contrat :

Date installation appareil :

Motif :



## 2- ÉTAT DE SANTÉ DU BÉNÉFICIAIRE

### ÉTAT DE SANTÉ DU BÉNÉFICIAIRE

VUE	OUÏE	ÉLOCUTION	MOBILITÉ
<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> bonne
<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> moyenne
<input type="checkbox"/> mauvaise	<input type="checkbox"/> mauvaise	<input type="checkbox"/> mauvaise	<input type="checkbox"/> mauvaise
<input type="checkbox"/> nulle	<input type="checkbox"/> nulle	<input type="checkbox"/> nulle	<input type="checkbox"/> nulle

Déambulateur  Canne  risque de chute

GIR :  1  2  3  4

Port appareil auditif

Notes particulières sur l'état de santé de l'abonné :



## 3- PERSONNE VIVANT SOUS LE MÊME TOIT QUE L'ABONNÉ – CO-BÉNÉFICIAIRE

Nom :  Prénoms :

Date naissance :  à  DPT:



### ÉTAT DE SANTÉ DU CO-BÉNÉFICIAIRE

VUE	OUÏE	ÉLOCUTION	MOBILITÉ
<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> bonne
<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> moyenne
<input type="checkbox"/> mauvaise	<input type="checkbox"/> mauvaise	<input type="checkbox"/> mauvaise	<input type="checkbox"/> mauvaise
<input type="checkbox"/> nulle	<input type="checkbox"/> nulle	<input type="checkbox"/> nulle	<input type="checkbox"/> nulle

Déambulateur  Canne  risque de chute

GIR :  1  2  3  4

Port appareil auditif

Notes particulières sur l'état de santé de l'abonné :



## 4- MÉDECIN TRAITANT

NOM :  Tel cabinet :  Autre Tel :

Adresse : N° :  Voie :

Code Postal :  Ville :  Nom du remplaçant :

Nom spécialiste (précisez):  Tel :



## 5- PERSONNE A CONTACTER EN VUE DE L'INSTALLATION (si autre que l'abonné)

NOM :  Prénom:  Tel :

N° :  Voie :  Code Postal :  Ville :

Lien avec le bénéficiaire :

Heures de contact :

**Expédition du courrier à cette adresse**



## 6- REPRÉSENTANT LÉGAL : renseigner si l'abonné fait l'objet d'une mesure de protection juridique

Curatelle  Tutelle  Sauvegarde de justice

Nom et prénom du représentant légal :

N° :  Voie :  Code Postal :  Ville :

Tel :  Mail :

**Les courriers seront expédiés à cette adresse postale**



## 7- ENTOURAGE

**Entourage n°1** :  Personne à prévenir  Personne dépositaire des clés (impératif)

Nom et prénom :  Qualité :  Âge :   
N° :  Voie :  Code Postal :  Ville :   
Tel domicile :  Tel port. :  Temps de trajet :

**Entourage n°2** :  Personne à prévenir  Personne dépositaire des clés

Nom et prénom :  Qualité :  Âge :   
N° :  Voie :  Code Postal :  Ville :   
Tel domicile :  Tel port. :  Temps de trajet :

**Entourage n°3** :  Personne à prévenir  Personne dépositaire des clés

Nom et prénom :  Qualité :  Âge :   
N° :  Voie :  Code Postal :  Ville :   
Tel domicile :  Tel port. :  Temps de trajet :

**Entourage n°4** :  Personne à prévenir  Personne dépositaire des clés

Nom et prénom :  Qualité :  Âge :   
N° :  Voie :  Code Postal :  Ville :   
Tel domicile :  Tel port. :  Temps de trajet :



## 8- AIDE MÉNAGÈRE OU ORGANISME PARTICULIER

**Intervenant n°1** :  Personne à prévenir  Personne dépositaire des clés

Nom de l'intervenant au domicile :  Structure :   
Qualité (infirmière, aide-ménagère, etc.) :   
Tel travail :  Tel port. :   
Mail :

**Intervenant n°2** :  Personne à prévenir  Personne dépositaire des clés

Nom de l'intervenant au domicile :  Structure :   
Qualité (infirmière, aide-ménagère, etc.) :   
Tel travail :  Tel port. :   
Mail :

**Tout changement (personnes dépositaires des clefs, personnes à prévenir, décès, déménagement, absences longue durée, adresse, revenus), doit être signalé au Pôle Social des Personnes Fragiles du C.C.A.S. de la Ville de NÎMES.**



## 9- CONDITIONS TECHNIQUES

Pour l'installation du transmetteur de téléassistance, une prise de courant à proximité de la prise du téléphone (**maximum 1,50 mètres**) sera exclusivement réservée à cet effet. Une solution 3G, utilisant le réseau GSM, permet d'équiper les personnes sans ligne téléphonique ou ayant une Box non compatible.

D'autre part, l'installation téléphonique ne devra pas comporter plus de deux prises de téléphone en parallèle.

Les appels téléphoniques émis par le transmetteur (appels d'urgence et tests de contrôle), sont à la charge du bénéficiaire (0.112€ TTC) et apparaissent sur votre facture téléphonique détaillée en 0825.

La prestation est fournie par un **prestataire extérieur au C.C.A.S (TechniPro)** retenu par un marché public renouvelable.

Vous avez la possibilité d'opter sans aucun surcoût pour un bracelet détecteur de chute.

L'installation d'un boîtier à clé reste à votre charge. Le boîtier à clé peut permettre l'intervention directe des secours.



## 10 – REDEVANCE ET BARÈME DE PARTICIPATION FINANCIÈRE DES ABONNES

La redevance est calculée en fonction des ressources du demandeur et est payable trimestriellement à terme échu au prorata des mois d'utilisation. Le mois d'installation ne sera pas facturé. Une résiliation en cas de décès n'entraînera pas la facturation du trimestre civil au cours duquel survient le décès.

**Barème en vigueur au 01/01/2019 (donné à titre indicatif, susceptible de modification) :**

Ressources mensuelles		Redevance		Bénéficiaire APA
Personne seule	Couple	Mensuelle	Trimestrielle	<i>Il sera appliqué à l'abonné la redevance inférieure à son reste à charge défini dans le plan APA. Ex : reste à charge 17€ &gt;Redevance appliquée 15€</i>
Jusqu'à 868,20 €	Jusqu'à 1347,88 €	Exonération		Exonération
de 868,21 € à 1193,78 €	de 1347.89 € à 1853.34 €	7,00 €	21,00 €	7,00 €
de 1193.79 € à 1519.35 €	de 1853.35 € à 2358.79 €	15,00 €	45,00 €	15,00 €
de 1519.36 € à 1885,95 €	de 2358.80 € à 3032.73 €	22,00 €	66,00 €	22,00 €
Au-delà de 1885.96 €	Au-delà de 3032.74 €	30,00 €	90,00 €	-



## 11- PIÈCES A FOURNIR

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition (**complet**)
- Photocopie du ou des livrets de famille (**complet**) ou justificatif d'identité **recto-verso**
- Notification du plan APA (si bénéficiaire)
- Ordonnance de mise sous protection (si concerné)



## 12- SIGNATURE

✓ Je soussigné(e)  certifie l'exactitude des renseignements fournis.

✓ Je m'engage à informer immédiatement le CCAS et/ou son prestataire de tout changement (personnes dépositaires des clés, personnes à prévenir, décès, déménagement, absences longue durée, adresse, revenus) et, si cela n'était fait, les dégage de toute responsabilité.

✓ Je donne mon accord au CCAS et à son prestataire pour saisir en informatique les données me concernant.

✓ Je suis avisé(e) que la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, me garantit un droit d'accès, de rectification ou de suppression de mes données auprès du CCAS et de son prestataire.

✓ Je déclare que le CCAS et son prestataire ne pourront être tenus responsables des conséquences matérielles qu'entraînerait une intervention en vue de me porter aide et assistance.

Fait à  le

Cette coche vaut signature de l'abonné(e) ou de son représentant légal