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

NÎMES C.C.A.S.

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 : %

Choix du matériel :

Vous souhaitez être équipé de : ☐ un bracelet ☐ un pendentif
☐ un bracelet détecteur de chute (aucun surcoût)

CADRE RÉSERVE 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				☐Déambulateur ☐Canne ☐risque de chute GIR : ☐ 1 ☐ 2 ☐3 ☐ 4 ☐Port appareil auditif Notes particulières sur l'état de santé de l'abonné :
VUE	OUÏE	ÉLOCUTION	MOBILITÉ	
☐bonne	☐bonne	☐bonne	☐bonne	
☐moyenne	☐moyenne	☐moyenne	☐moyenne	
☐mauvaise	☐mauvaise	☐mauvaise	☐mauvaise	
☐nulle	☐nulle	☐nulle	☐nulle	

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

Nom : Prénoms :

Date naissance : à DPT:

ÉTAT DE SANTÉ DU CO-BÉNÉFICIAIRE				☐Déambulateur ☐Canne ☐risque de chute GIR : ☐ 1 ☐ 2 ☐3 ☐ 4 ☐Port appareil auditif Notes particulières sur l'état de santé de l'abonné :
VUE	OUÏE	ÉLOCUTION	MOBILITÉ	
☐bonne	☐bonne	☐bonne	☐bonne	
☐moyenne	☐moyenne	☐moyenne	☐moyenne	
☐mauvaise	☐mauvaise	☐mauvaise	☐mauvaise	
☐nulle	☐nulle	☐nulle	☐nulle	

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 protecton 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 – 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 01/01/2021 (donné à titre indicatif, susceptible de modification) :

Ressources mensuelles		**Participation**	
Personne seule	**Couple**	**Mensuelle**	**Trimestrielle**
Jusqu'à 906.81 €	Jusqu'à 1407.82€	Exonération	
de 906.81 € à 1246.86 €	de 1407.82€ à 1935.75 €	7,00 €	21,00 €
de 121246.86 € à 1586.91 €	de 1935.75€ à 2463.68 €	15,00 €	45,00 €
de 1586.91 € à 2040.32 €	de 2463.68€ à 3167.60 €	22,00 €	66,00 €
Au-delà de 2040.32 €	Au-delà de 3167.60 €	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