



C.C.A.S. - Pôle Social Personnes Fragiles
14 rue des Chassaintes
CS 91008 / 30906 Nîmes Cedex 2
Tel : 04 66 76 84 84

APA - oui - non
NOM :
Prénom :

TÉLÉASSISTANCE DEMANDE D'ATTRIBUTION – FICHE DE RENSEIGNEMENTS



1-BÉNÉFICIAIRE

Monsieur Madame

NOM : Prénom :

Nom Jeune fille :

Date naissance :

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 :

Calcul Redevance :

1ère facturation :

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 appareils auditifs

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



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

Nom : Prénom :

Date naissance :



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 appareils auditifs

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



4- MÉDECIN TRAITANT

NOM : Tel cabinet : Autre Tel :

Adresse : N° : Voie :

Code Postal : Ville :



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- PERSONNES A PRÉVENIR

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

Nom : Prénom :

Année de naissance : Qualité :

N° : Voie : Code Postal : Ville :

Tel domicile : Tel port. : Temps de trajet :

n°2: Personne à prévenir Personne dépositaire des clés

Nom : Prénom :

Année de naissance : Qualité :

N° : Voie : Code Postal : Ville :

Tel domicile : Tel port. : Temps de trajet :

n°3: Personne à prévenir Personne dépositaire des clés

Nom : Prénom :

Année de naissance : Qualité :

N° : Voie : Code Postal : Ville :

Tel domicile : Tel port. : Temps de trajet :

n°4: Personne à prévenir Personne dépositaire des clés

Nom : Prénom :

Année de naissance : Qualité :

N° : Voie : Code Postal : Ville :

Tel domicile : Tel port. : Temps de trajet :

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 sera exclusivement réservée à cet effet. Une solution permet d'équiper les personnes sans ligne téléphonique ou ayant une Box non compatible.

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

La prestation est fournie par un **prestataire extérieur au C.C.A.S** 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.

Barème en vigueur au 01/07/2022 (donné à titre indicatif, susceptible de modification) :

Ressources mensuelles		Participation	
Personne seule	Couple	Mensuelle	Trimestrielle
Jusqu'à 1012,02 €	Jusqu'à 1574,16 €	Exonération	
De 1012,13 € à 1391,53 €	De 1574,17 € à 2160,35 €	7,00 €	21,00 €
De 1391,54 € à 1771,04 €	De 2160,36 € à 2749,53 €	15,00 €	45,00 €
De 1771,05 € à 2277,05 €	De 2749,54 € à 3535,11 €	22,00 €	66,00 €
Au-delà de 2277,06 €	Au-delà de 3535,12 €	30,00 €	90,00 €



11- PIÈCES A FOURNIR

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



12- ENGAGEMENTS ET 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