

COUPON DE DEMANDE

La demande de Téléassistance peut être déposée par une ou deux personnes vivant sous le même toit. Pour bénéficier de la téléassistance, chaque demandeur doit remplir les conditions d'accès au dispositif et donc renseigner le même coupon de demande en complétant l'ensemble des informations. (demandeur 1 et demandeur 2).

DEMANDEUR 1	DEMANDEUR 2
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M
Nom patronymique	Nom patronymique
.....
Nom d'usage	Nom d'usage
.....
Prénom	Prénom
Date de naissance / /	Date de naissance / /

LIEN ENTRE LES DEMANDEURS 1 ET 2

(cochez la mention correcte)

- Couple Préciser (mariage, PACS, concubinage)
- Lien familial Préciser (parent / enfant, frère/sœur ...)
- Autre cas Préciser (ami(e), colocataire ...)

ADRESSE COMPLÈTE

(N°, voie, rue...)

Bâtiment Escalier Etage Porte

Code postal Ville

COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES ET COURRIEL

Si vous disposez d'un téléphone fixe et d'un téléphone mobile :
l'installation de la téléassistance se fera sur la ligne fixe.

Téléphone fixe | | | | | | | | | |

Téléphone mobile | | | | | | | | | |

Courriel

MESURE DE PROTECTION

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique?

(cochez la mention correcte)

DEMANDEUR 1	DEMANDEUR 2
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, laquelle ? <i>(cochez la mention correcte)</i> <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle Nom et adresse de la personne ou du service chargé de la mesure :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, laquelle ? <i>(cochez la mention correcte)</i> <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle Nom et adresse de la personne ou du service chargé de la mesure :

SITUATION DE LA PERSONNE

Bénéficiez-vous de l'une des prestations suivantes ?

(cochez la mention correcte)

DEMANDEUR 1	DEMANDEUR 2
APA* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non PCH** <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	APA* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non PCH** <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* Allocation personnalisée d'autonomie

** Prestation de compensation du handicap

Etes-vous de l'une des situations suivantes ?

(cochez la mention correcte)

DEMANDEUR 1	DEMANDEUR 2
Taux d'invalidité de 80 % et plus. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Situation de particulière fragilité (soins palliatifs, fin de vie...) * <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Taux d'invalidité de 80 % et plus. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Situation de particulière fragilité (soins palliatifs, fin de vie...) * <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* Accès au dispositif sur avis du médecin du Conseil départemental

RESEAU DE SOLIDARITÉ

Les personnes composant la chaîne de solidarité sont précisées dans la plaquette d'information de la Téléoassistance. En tout état de cause, vous pouvez bénéficier de la Téléoassistance même si vous n'avez aucun contact ni aucun référent.

Contacts

DEMANDEUR 1	DEMANDEUR 2
CONTACT N°1 Nom, Prénom	CONTACT N°1 Nom, Prénom
..... Téléphone [] Téléphone []
Lien avec le demandeur	Lien avec le demandeur
CONTACT N°2 Nom, Prénom	CONTACT N°2 Nom, Prénom
..... Téléphone [] Téléphone []
Lien avec le demandeur	Lien avec le demandeur

Référent

DEMANDEUR 1	DEMANDEUR 2
Nom, Prénom	Nom, Prénom
..... Téléphone [] Téléphone []
Lien avec le demandeur	Lien avec le demandeur

Médecin traitant

DEMANDEUR 1	DEMANDEUR 2
Nom, Prénom	Nom, Prénom
..... Téléphone [] Téléphone []

DISPOSITIF(S) DEMANDÉ(S)

FORMULE 1 TELEASSISTANCE CLASSIQUE

GRATUIT POUR VOUS *

* Financement intégral par le Conseil départemental

FORMULE 2 TELEASSISTANCE CLASSIQUE

7,20 € TTC / mois

+ TELEASSISTANCE MOBILE HORS DOMICILE

FORMULE 3 TELEASSISTANCE CLASSIQUE

3,84 € TTC / mois

+ 2 DISPOSITIFS AU CHOIX

FORMULE 4 TELEASSISTANCE CLASSIQUE

5,04 € TTC / mois

+ 3 DISPOSITIFS AU CHOIX

FORMULE 5 TELEASSISTANCE CLASSIQUE

6,90 € TTC / mois

+ 4 DISPOSITIFS AU CHOIX

Cochez les dispositifs choisis selon la formule souhaitée :

- Détecteur de chute
- Chemins lumineux
- Détecteur de fumée
- Détecteur de gaz
- Détecteur de monoxyde de carbone
- Déclencheur montre contemporaine
- Capteur d'ouverture ou de présence

FORMULE 6 TELEASSISTANCE CLASSIQUE + DISPOSITIFS CHOISIS A L'UNITE

Coût mensuel TTC
selon grille tarifaire

Cochez le(s) dispositif(s) choisi(s) :

- | | | |
|--------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | DéTECTEUR DE CHUTE | 1,80 € TTC / mois |
| <input type="checkbox"/> | CHEMINS LUMINEUX | 3,30 € TTC / mois |
| <input type="checkbox"/> | DÉTECTEUR DE FUMÉE | 1,80 € TTC / mois |
| <input type="checkbox"/> | DÉTECTEUR DE GAZ | 2,82 € TTC / mois |
| <input type="checkbox"/> | DÉTECTEUR DE MONOXYDE DE CARBONE | 2,82 € TTC / mois |
| <input type="checkbox"/> | DÉCLENCHEUR MONTRE CONTEMPORAINE | 2,40 € TTC / mois |
| <input type="checkbox"/> | CAPTEUR D'OUVERTURE OU DE PRÉSENCE | 1,80 € TTC / mois |
| <input type="checkbox"/> | APPELS DE CONVIVIALITÉ | 7,20 € TTC / mois |
| <input type="checkbox"/> | BOÎTE À CLEFS | 49,90 € TTC à l'achat |
| <input type="checkbox"/> | TÉLÉASSISTANCE MOBILE MONTRE | 24,90 € TTC / mois
39 € de frais activation service |

INSTALLATION DE LA TELEASSISTANCE AU DOMICILE

Disposez-vous d'une prise de courant sur le même pan de mur que celui où se trouve votre prise téléphonique ? Indispensable pour le fonctionnement de la Téléassistance avec un téléphone fixe (cochez la mention correcte)

Oui Non

Personne à contacter pour prendre le rendez-vous pour installer la Téléassistance au domicile (cochez la mention correcte)

Vous (demandeur 1 ou 2) Une autre personne

Dans ce cas, préciser les informations suivantes :

Nom, Prénom

Téléphone :

Lien avec le demandeur

PIÈCE À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER DÛMENT COMPLÉTÉ

- Copie d'un justificatif d'identité

PIÈCE À JOINDRE EN COMPLÉMENT DU DOSSIER

- Si vous faites la demande en raison d'une situation de particulière fragilité : un certificat médical de votre médecin traitant sous enveloppe confidentielle
- Si vous faites l'objet d'une mesure de protection : copie du jugement

Date :

Signature :

	Le dossier de demande est à retourner :
Par courrier	Conseil départemental de la Haute-Garonne Direction des politiques Territoriales et Infrastructures Service Aménagement Territorial Téléassistance 31 1, boulevard de la Marquette 31090 Toulouse Cedex 9
Par courriel	teleassistance@cd31.fr

Pour plus de renseignements : 05 34 33 32 04 - 05 34 33 32 05

	Le dossier de demande est à retourner :
Par courrier	Conseil départemental de la Haute-Garonne Direction des politiques Territoriales et Infrastructures Service Aménagement Territorial Téléassistance 31 1, boulevard de la Marquette 31090 Toulouse Cedex 9
Par courriel	teleassistance@cd31.fr

Pour plus de renseignements : 05 34 33 32 04 - 05 34 33 32 05

