



Réservé à l'administration départementale

N° de dossier TAS :

N° de dossier APA :

Date de saisie de dossier : |__|_|_|_|_|

Date de mise en service : |__|_|_|_|_|

Date de fin de l'adhésion : |__|_|_|_|_|

Motif de résiliation :

TÉLÉ - ASSISTANCE 46

DEMANDE D'ABONNEMENT AU SERVICE TELE-ASSISTANCE 46

La demande doit être adressée à :

M. le Président du Département
direction des Solidarités départementales - pôle Gérontologie et Handicap
avenue de l'Europe - Regourd - B.P. 291 - 46005 CAHORS CEDEX 9

Nom Prénom

Adresse

DEMANDE EN URGENCE

OUI

Si oui joindre impérativement un bulletin de sortie d'hospitalisation (effective ou programmée) mentionnant l'urgence à activer ce dispositif.

NON

Veillez cocher la case correspondante.

A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Toute modification dans les renseignements figurant au présent questionnaire devra être immédiatement communiquée au :

Département – direction des Solidarités départementales – pôle Gérontologie et Handicap

A – Renseignements concernant l'intéressé :

Nom Prénom

Né(e) le N° de téléphone fixe
N° de portable

Adresse (1)

.....

Code accès immeuble

Tuteur ((joindre la copie du jugement de tutelle):

Nom Prénom

Adresse

N° de téléphone

N° de portable

(1) Préciser rue et N°, étage, lieu-dit, commune.

Disposez-vous d'une ligne fixe analogique, indispensable pour le bon fonctionnement de la Télé assistance

oui non

B – Personnes possédant les clés

Au moins deux dépositaires de clés, à moins de 15 minutes maximum du domicile du bénéficiaire, sont indispensables pour la prise en compte du dossier.

Je certifie avoir informé les personnes possédant les clés qu'elles seront sollicitées par le SDIS pour se rendre à mon domicile en cas de besoin (déclenchement de l'alarme).

Nom Prénom N° de téléphone fixe

N° de portable

Adresse

Clés : oui non

Temps de trajet :minutes

Nom Prénom N° de téléphone fixe.....
N° de portable

Adresse

Clés : oui non

Temps de trajet :minutes

Nom Prénom N° de téléphone fixe.....
N° de portable

Adresse

Clés : oui non

Temps de trajet :minutes

C – Référent (famille) Uniquement pour des renseignements d'ordre administratif concernant l'abonné(e)

Nom Prénom N° de téléphone fixe.....

N° de portable

Adresse

D – Transfert de contrat (pour le couple)

En cas d'entrée en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), j'accepte que mon abonnement de Télé-assistance soit transféré au nom de mon conjoint(e).

Nom : Prénom :

Date de naissance :-.....

E – Renseignements complémentaires

Présence d'animaux (cocher la case correspondante) :

chien

chat

autres Précisez :

Je soussigné(e) M demande l'abonnement au service Télé-assistance 46.

J'autorise le prélèvement automatique de l'abonnement mensuel sur mon compte bancaire ou postal.

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et autorise le Département du Lot à les faire enregistrer dans le fichier informatique du Service Départemental d'Incendie et de Secours. En cas de besoin, ils seront diffusés auprès des intervenants cités ci-dessus.

Je suis en outre avisé(e) que la Loi Informatique et Libertés me garantit un droit d'accès, de rectification et de suppression sur les données me concernant.

Fait à

Le.....

..

Demandeur, signature précédée
de la mention
« *Lu et approuvé* »

A JOINDRE à la présente demande :

- le dossier de demande d'abonnement (ci-joint), à compléter et à signer
- le contrat d'abonnement (ci-joint), complété par vos nom et adresse, signé par vos soins en deux exemplaires ; un exemplaire vous sera retourné par la suite signé par la Vice-Présidente
- le mandat de prélèvement SEPA (ci-joint) complété et signé
- un RIB (au format IBAN – BIC) compte courant uniquement
- la copie d'une pièce d'identité, soit : de la carte d'identité, du passeport de l'Union Européenne, ou un extrait d'acte de naissance

Pour tout renseignement complémentaire contacter le Département au :
05 65 53 44 31
numéro vert (gratuit) : 0800 046 146