

ADRESSE COMPLÈTE

(N°, voie, rue...).....

Bâtiment Escalier Étage 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, laquelle ? (cochez la mention correcte)	Si oui, laquelle ? (cochez la mention correcte)
<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice
<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Curatelle
<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Tutelle
Nom et adresse de la personne ou du service chargé de la mesure :	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 (Allocation personnalisée d'autonomie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	APA (Allocation personnalisée d'autonomie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PCH (Prestation de compensation du handicap) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	PCH (Prestation de compensation du handicap) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
AAH (Allocation adulte handicapé) avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 % <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AAH (Allocation adulte handicapé) avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 % <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Êtes-vous dans la situation suivante ?

(cochez la mention correcte)

DEMANDEUR 1	DEMANDEUR 2
Situation de particulière fragilité (attestée par un certificat médical) * <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Situation de particulière fragilité (attestée par un certificat médical) * <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* Accès au dispositif sur avis d'un professionnel de santé du Conseil départemental

RÉSEAU DE SOLIDARITÉ

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

Contacts

(personnes à proximité géographique, en mesure de se rendre à domicile en cas de déclenchement)

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

(personne ne pouvant pas se déplacer au domicile mais souhaitant être informée en cas de déclenchement ayant entraîné une intervention à domicile)

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)

<input type="checkbox"/>	FORMULE 1 TÉLÉASSISTANCE CLASSIQUE
	Cochez obligatoirement l'une des deux situations
<input type="checkbox"/>	Bénéficiaire APA, PCH, AAH avec TI 80% GRATUIT POUR VOUS *
	* Financement intégral par le Conseil départemental
<input type="checkbox"/>	70 ans et plus, situation de particulière fragilité 12,68 € TTC/mois

POUR CHOISIR LES FORMULES 2 ET/OU 3, IL FAUT IMPÉRATIVEMENT AVOIR PRIS LA FORMULE 1

<input type="checkbox"/>	FORMULE 2 TÉLÉASSISTANCE MOBILE HORS DOMICILE 10,26 € TTC/mois
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	FORMULE 3 DISPOSITIF(S) CHOISI(S) À L'UNITÉ Coût mensuel TTC selon grille tarifaire
	Cochez le(s) dispositif(s) choisi(s) :
<input type="checkbox"/>	Détecteur de chute 3,62 € TTC/mois
<input type="checkbox"/>	Chemins lumineux 9,66 € TTC/mois
<input type="checkbox"/>	Détecteur de fumée 3,02 € TTC/mois
<input type="checkbox"/>	Capteur de présence 3,62 € TTC/mois
<input type="checkbox"/>	Appels de convivialité 9,66 € TTC/mois
<input type="checkbox"/>	Boîte à clés 50,20 € TTC à l'achat

Tarifs en vigueur au 1^{er} février 2026