

## TÉLÉASSISTANCE

### 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 de naissance .....	Nom de naissance .....
.....	.....
Nom d'usage / marital .....	Nom d'usage / marital .....
.....	.....
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 ..... 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 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	APA* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PCH** <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

### Êtes-vous dans 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	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	Situation de particulière fragilité (soins palliatifs, fin de vie...) * <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

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

## Référént

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"/>	<b>FORMULE 1 TÉLÉASSISTANCE CLASSIQUE</b>	GRATUIT POUR VOUS *
	* Financement intégral par le Conseil départemental	

<input type="checkbox"/>	<b>FORMULE 2 TÉLÉASSISTANCE CLASSIQUE + TÉLÉASSISTANCE MOBILE HORS DOMICILE</b>	10,30 € TTC/mois
--------------------------	---	------------------

<input type="checkbox"/>	<b>FORMULE 3 TÉLÉASSISTANCE CLASSIQUE + DISPOSITIF(S) CHOISI(S) À L'UNITÉ</b>	Coût mensuel TTC selon grille tarifaire
<b>Cochez le(s) dispositif(s) choisi(s) :</b>		
<input type="checkbox"/>	Détecteur de chute	3,64 € TTC/mois
<input type="checkbox"/>	Chemins lumineux	9,70 € TTC/mois
<input type="checkbox"/>	Détecteur de fumée	3,03 € TTC/mois
<input type="checkbox"/>	Détecteur de gaz	3,64 € TTC/mois
<input type="checkbox"/>	Détecteur de monoxyde de carbone	3,64 € TTC/mois
<input type="checkbox"/>	Capteur d'ouverture ou de présence	3,64 € TTC/mois
<input type="checkbox"/>	Appels de convivialité	9,70 € TTC/mois
<input type="checkbox"/>	Boîte à clefs	50,39 € TTC à l'achat

## INSTALLATION DE LA TÉLÉASSISTANCE 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 (carte nationale d'identité, passeport, carte de résident ou de séjour)

### 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 :	
<b>Par courrier</b>	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
<b>Par courriel</b>	teleassistance@cd31.fr

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

<b>Le dossier de demande est à retourner :</b>	
<b>Par courrier</b>	Conseil départemental de la Haute-Garonne Direction Séniors et Personnes en situation de Handicap Service Prévention, Innovation, Soutien aux Aidants, Téléassistance 31 1, boulevard de la Marquette 31090 Toulouse Cedex 9
<b>Par courriel</b>	teleassistance@cd31.fr

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

