

## 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 ? (cochez la mention correcte) <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 ? (cochez la mention correcte) <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
<b>APA</b> (Allocation personnalisée d'autonomie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>APA</b> (Allocation personnalisée d'autonomie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>PCH</b> (Prestation de compensation du handicap) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>PCH</b> (Prestation de compensation du handicap) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>AAH</b> (Allocation adulte handicapé) avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 % <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>AAH</b> (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 (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 .....

## 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
<p>Nom, Prénom .....</p> <p>.....</p> <p>Téléphone                    </p>	<p>Nom, Prénom .....</p> <p>.....</p> <p>Téléphone                    </p>

**DISPOSITIF(S) DEMANDÉ(S)**

☐ **FORMULE 1 TÉLÉASSISTANCE CLASSIQUE**

**Cochez votre situation :**

☐ Bénéficiaire APA, PCH, AAH avec TI 80% **GRATUIT POUR VOUS \***  
 \* Financement intégral par le Conseil départemental

☐ 70 ans et plus, situation de particulière fragilité 12,60€ TTC/mois

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

☐ **FORMULE 2** TÉLÉASSISTANCE MOBILE HORS DOMICILE 10,32 € TTC/mois

**FORMULE 3 DISPOSITIF(S) CHOISI(S) À L'UNITÉ**      Coût mensuel TTC selon grille tarifaire

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

☐ Détecteur de chute

☐ Chemins lumineux

☐ Détecteur de fumée

☐ Capteur de présence

☐ Appels de convivialité

☐ Boîte à clés

3,64 € TTC/mois

9,72 € TTC/mois

3,04 € TTC/mois

3,64 € TTC/mois

9,72 € TTC/mois

50,49 € 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 Seniors 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**

