



## TELEASSISTANCE

### CONDITIONS D'ADHESION

Direction Générale Adjointe de la Solidarité

Direction Autonomie des Personnes

Affaire suivie par :

Mme GORINE Hélène, Mme CHANTRELLE Véronique, Mme GRIE Candy

Tél. : 03.44.06.60.18

#### 1- CONDITIONS GENERALES :

**La téléassistance s'adresse aux habitants de l'Oise âgés de plus de 65 ans, aux personnes handicapées dont le taux d'invalidité est supérieur ou égale à 80 % (photocopie de la carte d'invalidité en cours de validité) ou aux personnes de moins de 65 ans subissant une maladie grave (avec certificat médical précisant la pathologie).**

#### 2- MODALITES PRATIQUES D'INSTALLATION DE L'APPAREIL

- L'appareil dont vous trouverez les caractéristiques d'utilisation dans le dépliant ci-joint est peu encombrant et peut être installé sur un petit meuble près de votre poste téléphonique. **Une prise électrique doit être située à proximité de la prise téléphonique.**
- **Afin de vous assurer l'intervention rapide d'une aide en cas de besoin, il est nécessaire que vous désigniez une personne de votre entourage proche (famille, amis, voisins) qui assurera le rôle de priorité. Ainsi, en cas d'appel de votre part, le service d'écoute joindra l'une de ces personnes afin qu'elle se déplace chez vous pour apprécier votre difficulté. A défaut de priorité, le département se réserve le droit d'interrompre le service.**
- Si l'installation ne peut s'effectuer dans les six mois qui suivent la demande de l'utilisateur, en dehors d'un fait imputable au Département, celle-ci sera réputée caduque (cf hospitalisation vacances...).  
L'utilisateur devra alors formuler une nouvelle demande auprès du service téléassistance.  
Afin de permettre une installation dans les meilleurs délais, l'utilisateur ou son représentant devra se rendre disponible lors de la prise du rendez-vous.

*Les installations, ainsi que l'entretien des appareils sont effectués par un technicien du Conseil départemental de l'Oise. Celui-ci est muni d'une carte professionnelle qu'il pourra vous présenter à votre demande.*

Tout changement d'opérateur ou toute modification concernant l'abonnement téléphonique de l'adhérent durant la vie de son contrat téléassistance devra impérativement être signalé au service téléassistance, afin qu'il puisse continuer à proposer à l'adhérent une prestation efficace et de qualité.

### **3-TARIF D'ABONNEMENT :**

L'assemblée départementale, réunie le 28 janvier 2016 a adopté de nouvelles modalités de tarification de la téléassistance, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016.

Un tarif unique à 8,50 euros par mois est applicable à tous les abonnés sans condition de ressources.

Ce tarif comprend la location de l'appareil et du pendentif.

Le Département se réserve le droit de revenir sur les critères d'éligibilité et sur les modalités de calcul de cette participation.

# TELEASSISTANCE

## DEMANDE D'INSTALLATION

**Droit d'accès :** Les renseignements portés sur ce questionnaire sont indispensables pour mettre en œuvre les moyens de secours que peut éventuellement nécessiter votre état. Certains feront l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi n° 78.17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander qu'ils vous soient communiqués et si besoin est, qu'ils soient rectifiés.

**AVANT TOUTE INSTALLATION, IL EST NECESSAIRE DE VERIFIER LES MODALITES PRATIQUES FIGURANT EN ANNEXE 1**

### INFORMATION PRINCIPALE

#### **ABONNE PRINCIPAL**

MADAME

MONSIEUR

Seul(e)

En couple

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

#### **SANTE**

Problème pour se déplacer

Problème d'audition

Problème de vue

Problème d'élocution

Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité (anciennement carte d'invalidité) :

OUI (joindre la photocopie)

NON (pour les personnes de moins de 65 ans joindre un certificat médical précisant la pathologie)

#### **INFORMATION CONTACT**

TELEPHONE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

@ (E-MAIL) : \_\_\_\_\_

## CARACTERISTIQUES DE L'HABITATION

- Habitat :  Appartement  
 Maison  
 Résidence  
 Résidence Autonomie (anciennement R.P.A. / Foyer Logement)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Etage : \_\_\_\_\_ Bâtiment : \_\_\_\_\_ Code porte : \_\_\_\_\_

Code interphone : \_\_\_\_\_

Code boîte à clé : \_\_\_\_\_

BOX INTERNET (indiquer l'opérateur) : \_\_\_\_\_

Informations d'accès :

## ANIMAUX DE COMPAGNIE

- Chiens *Si oui, indiquer le nombre : \_\_\_\_\_*
- Chats *Si oui, indiquer le nombre : \_\_\_\_\_*
- Autres animaux *Si oui, indiquer quel animal et le nombre : \_\_\_\_\_*

## BENEFICIAIRE ET CONTACTS

### RESIDENT SECONDAIRE

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

LIEN AVEC L'ABONNE :  époux  épouse

### **SANTE :**

- Problème pour se déplacer  Problème d'audition  
 Problème de vue  Problème d'élocution

Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité (anciennement carte d'invalidité) :

- OUI  NON

**REFERENT - DEPOSITAIRE DES CLES-CONTACTS :**

Au moins un dépositaire de clés, à moins de 15 minutes du domicile du bénéficiaire, est indispensable pour la prise en compte du dossier.

Pour la sécurité des abonnés, les dépositaires de clés seront contactés par VITARIS en fonction de leur proximité géographique (temps de trajet) et non l'ordre dans lequel ils sont inscrits ci-dessous :

➤ **Référent (famille, personne assistant la personne au quotidien) :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'abonné : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone (Fixe) : \_\_\_\_\_ (Portable) : \_\_\_\_\_ (Professionnel) : \_\_\_\_\_

Dépositaire des clés :       Oui       Non      Temps de trajet : \_\_\_\_\_ minute(s)

➤ **Contact n°1 :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'abonné : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone (Fixe) : \_\_\_\_\_ (Portable) : \_\_\_\_\_ (Professionnel) : \_\_\_\_\_

Dépositaire des clés :       Oui       Non      Temps de trajet : \_\_\_\_\_ minute(s)

➤ **Contact n° 2 :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'abonné : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone (Fixe) : \_\_\_\_\_ (Portable) : \_\_\_\_\_ (Professionnel) : \_\_\_\_\_

Dépositaire des clés :       Oui       Non      Temps de trajet : \_\_\_\_\_ minute(s)

➤ **Contact n° 3 :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'abonné : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone (Fixe) : \_\_\_\_\_ (Portable) : \_\_\_\_\_ (Professionnel) : \_\_\_\_\_

Dépositaire des clés :       Oui       Non      Temps de trajet : \_\_\_\_\_ minute(s)

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

### **MEDECIN TRAITANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_

### **PERSONNE A CONTACTER POUR LE RENDEZ-VOUS :**

NOM – PRENOM : \_\_\_\_\_ LIEN AVEC L'ABONNE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

## FACTURATION/PAIEMENT:

Le règlement s'effectue par prélèvement automatique.

Vous devez remplir le mandat de prélèvement ci-joint en double exemplaire et les retourner au conseil départemental avec les conditions d'adhésion remplies

## **ANNEXE 1**

Pour installer votre appareil de téléassistance, **vous devez être en possession de :**

> **Une ligne téléphonique**

> **Une prise électrique à proximité de votre prise téléphonique**

> **Une rallonge ou une multiprise** (si prise occupée)

**Et fournir :**

> La photocopie de votre Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité (anciennement carte d'invalidité) ou un certificat médical (sous pli confidentiel) précisant la pathologie (pour les personnes de moins de 65 ans).





