



Dossier de Téléassistance

Madame, Monsieur,

Pour la mise en place de la **Téléassistance**, merci de bien vouloir nous retourner les documents ci-dessous :

- Le formulaire dûment rempli
- Le dernier avis d'imposition

Le service du **C.C.A.S.** est à votre disposition pour tout complément d'informations :

au **04 91 96 31 11**

Dans l'attente du retour de votre dossier, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.



Sylvie ROLLET

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Sylvie Rollet', written over a light blue grid background.

Directrice Action Sociale,
Emploi, Seniors, Petite Enfance.

FICHE ABONNE TELEASSISTANCE

Destinataire : VITARIS 04 90 73 10 28

A l'attention de : Agence 13 Salon de Provence

Adresse : teleassistance13@vitaris.fr

Date de pose : _ / _ / _

Lifeline Vi mart Hub GSM

Cachet Ccas, organisme:

Demande urgente

Option :

Option :

Option :

absence ligne téléphonique fixe

LE (S) BENEFICIAIRE (S)

L'utilisateur principal :

Madame Monsieur

L'utilisateur secondaire :

Madame Monsieur

Nom:

Prénom:

Nom:

Prénom:

Date de naissance : _ / _ / _

Date de naissance : _ / _ / _

LE DOMICILE

Logement(résidence, quartier...) :

N° Voie:

Adresse(suite) :

Bâtiment :

Code postal:

Ville:

Maison Appartement foyer

Etage

Porte:

Boîte à clés:

Porte blindée Code Porte

Code Portail

Opérateur :

Tél1:

Tél2:

box Internet: oui/ non

Commentaires:

[mail@](#)

[@](#)

Personne à contacter ou présence nécessaire pour installation

LE COMITE DE PARRAINAGE (personnes(s) à contacter)

1 : Mme M

Aidant - Réfèrent: Oui/

2 : Mme M

Aidant - Réfèrent: Oui/

Nom:

Prénom:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Adresse:

CP:

Ville :

CP:

Ville :

Ligne fixe:

Mobile:

Ligne fixe:

Mobile:

Autre:

Autre:

Qualité/lien:

Qualité/lien:

Mail : [@](#)

Mail : [@](#)

Disponibilité : 24h/24 Autre:

Disponibilité : 24h/24 Autre:

Trajet : < 15 min 15 à 30 min Détenteur des clés

Trajet : < 15 min 15 à 30 min Détenteur des clés

3 : Mme M

Aidant - Réfèrent: Oui/

4 : Mme M

Aidant - Réfèrent: Oui/

Nom:

Prénom:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Age:

Adresse:

Age:

CP:

Ville :

CP:

Ville :

Ligne fixe:

Mobile:

Ligne fixe:

Mobile:

Autre:

Autre:

Mail : [@](#)

Mail : [@](#)

Qualité/lien:

Qualité/lien:

Disponibilité : 24h/24 Autre:

Disponibilité : 24h/24 Autre:

Trajet : < 15 min 15 à 30 min Détenteur des clés

Trajet : < 15 min 15 à 30 min Détenteur des clés

LE MEDECIN

Médecin traitant :

Téléphone :

CP:

Ville :

Portable :

Conformément à la loi "informatique et liberté" du 6 janvier 1978
modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de
rectification aux informations qui vous concernent.

Date:

_ / _ / _

Signature:



DEMANDE D'INSCRIPTION PLAN CANICULE ET GRAND FROID

Article L.121-6-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

1/ Je soussigné :

NOM :Prénom :

Né (e) le : à

Adresse :
.....

Téléphone domicile :Téléphone portable :

sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan canicule ou grand froid sur demande préfectorale.

2) Je déclare : (cocher la ou les cases correspondant à votre situation)

- Vivre seul
- bénéficiaire d'un service d'aide à domicile (*préciser le nom et le numéro de téléphone*).....
- bénéficiaire d'un service de soins infirmiers à domicile (*préciser le nom et le numéro de téléphone*).....
- bénéficiaire d'un autre service (*préciser le nom et le numéro de téléphone*).....
- ne bénéficiaire d'aucune intervention à domicile

3) Personne de mon entourage à prévenir en cas d'urgence :

Nom et Prénom :

N° de téléphone :

Fait à Septèmes les Vallons, le