

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
VILLE DE LA CRAU

SERVICE DE TELEASSISTANCE
PRESENCE VERTE



DEMANDE D'INSTALLATION D'UN TRANSMETTEUR DE TELEASSISTANCE

VOTRE N° DE TELEPHONE : / / /

VOTRE ETAT CIVIL : remplir les deux rubriques Monsieur et madame (si vous vivez en couple)

Monsieur : Nom..... Prénom
Date de Naissance à

Votre situation Seul En couple Vit avec sa famille Autre

Familiale
Tutelle Oui Non Curatelle Oui Non

Madame : Nom..... Prénom
Date de Naissance à

Votre situation Seule En couple Vit avec sa famille Autre

Familiale
Tutelle Oui Non Curatelle Oui Non

VOTRE ADRESSE

Etage Numéro de porte..... Interphone Oui Non Code porte.....
Code Postal : Commune :

Conditions d'accès.....

Date du contact : ___ / ___ /

Identification de l'agent du CCAS :

VOTRE ETAT DE SANTE

Monsieur

VUE	OUIE	ELOCUTION	MOBILITE	ETAT CARDIO-VASCULAIRE	ETAT RESPIRATOIRE
<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Bon
<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Moyen
<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvais	<input type="checkbox"/> Mauvais
<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Très mauvais	<input type="checkbox"/> Très mauvais

Rien à signaler Handicap; si oui, préciser.....

Madame

VUE	OUIE	ELOCUTION	MOBILITE	ETAT CARDIO-VASCULAIRE	ETAT RESPIRATOIRE
<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Bon
<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Moyen
<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvais	<input type="checkbox"/> Mauvais
<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Très mauvais	<input type="checkbox"/> Très mauvais

Rien à signaler Handicap; si oui, préciser.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

APA	Caisse de retraite principale	Caisse de retraite complémentaire :
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> CRAM / Régime général	<input type="checkbox"/> AGRICA-CAMARCA
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> MSA / Régime agricole	<input type="checkbox"/> CPM (Caisse de retraite du personnel des organismes sociaux et de mutualité)
<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> RSI / Régime social des indépendants	<input type="checkbox"/> Autres:.....
	<input type="checkbox"/> Régimes spéciaux :.....	
	<input type="checkbox"/> Régimes autres :.....	

Imposable Oui Non

Environnement du futur abonné :

Constitution du réseau de solidarité : 2 3 4 Gardiennage

Type d'habitat : Maison, avec jardin Oui Non ;
 Appartement, avec jardin Oui Non ; Digicode..... Autre à préciser.....

Réseau téléphonique de l'abonné

Nombre total de téléphones..... dont DECT

Y a-t'il un dégroupage? partiel total Non Si oui, Quel opérateur ?.....

Existence d'une prise électrique à côté du téléphone (à moins 1,50 m) : Oui Non

Connaissance de Présence Verte :

Bouche à oreille Mairies, CCAS Prof. médicales, paramédicales
 Conseil Général (APA) Associations d'aide à domicile CLIC, coordinations gérontologiques
 Résidences pour pers âgées Caisse de retraite Club d'anciens
 Médias Autre

Raisons de l'abonnement :

Retour à domicile Agression Absence de l'entourage
 Besoin de sécurité, de présence Besoin de rassurer l'entourage Besoin de soulager l'aidant
 Chute, malaise Veuvage Autre :

Autres informations utiles :.....

Personne(s) à contacter pour rendez-vous : Nom - Prénom :

Qualité : ■ : Disponibilité :

Réseau de solidarité potentiel :

2 personnes minimum

Famille, amis ou voisins qui peuvent venir vous apporter de l'aide rapidement.

Intervenant n°1	Nom :	Prénom :
Signature (1)	Date de Naissance : ___/___/___	
	Rue/Bd	
	Code Postal	Ville
	Dispose des clés : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Disponibilité : totale <input type="checkbox"/> partielle <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> week-end <input type="checkbox"/>	
	Aide domicile <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Petits-enfants <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Voisin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
	☎ domicile	
	☎ travail	
	☎ portable	
	Adresse courriel :@.....	
Intervenant n°2	Nom :	Prénom :
Signature (1)	Date de Naissance : ___/___/___	
	Rue/Bd	
	Code Postal	Ville
	Dispose des clés : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Disponibilité : totale <input type="checkbox"/> partielle <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> week-end <input type="checkbox"/>	
	Aide domicile <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Petits-enfants <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Voisin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
	☎ domicile	
	☎ travail	
	☎ portable	
	Adresse courriel :@.....	
Intervenant n°3	Nom :	Prénom :
Signature (1)	Date de Naissance : ___/___/___	
	Rue/Bd	
	CP	Ville
	Dispose des clés : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Disponibilité : totale <input type="checkbox"/> partielle <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> week-end <input type="checkbox"/>	
	Aide domicile <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Petits-enfants <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Voisin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
	☎ domicile	
	☎ travail	
	☎ portable	
	Adresse courriel :@.....	
Intervenant n°4	Nom :	Prénom :
Signature (1)	Date de Naissance : ___/___/___	
	Rue/Bd	
	CP	Ville
	Dispose des clés : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	Disponibilité : totale <input type="checkbox"/> partielle <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> week-end <input type="checkbox"/>	
	Aide domicile <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Petits-enfants <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Voisin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
	☎ domicile	
	☎ travail	
	☎ portable	
	Adresse courriel :@.....	
Au cas où le réseau de solidarité ne serait constitué que d'amis ou voisins – Merci de noter ci-dessous les coordonnées d'un membre de la famille de l'abonné(e) :		
Nom :		
Prénom :		
Lien de parenté avec l'abonné :		
Date de Naissance : ___/___/___		
☎ domicile :		
Adresse courriel :@.....		
Médecin traitant :		
Nom :		
Prénom :		
Adresse :		
CP :		
Ville :		
☎ domicile :		
Adresse courriel :@.....		

(1) Nous ajoutons automatiquement en plus du réseau et du médecin, les numéros de téléphone des services d'urgence (gendarmerie, pompiers, SAMU).

LISTE DES PIÈCES EXIGIBLES LORS DE L'INSTALLATION

- ❖ Notification APA pour la prise en charge de la téléassistance par le Conseil Général
- ❖ 2 RIB pour la mise en place d'un prélèvement automatique
- ❖ Pour les retraités agricoles : copie du dernier avis d'imposition



IMPORTANT AVANT INSTALLATION

MATERIEL

- ❖ Votre abonnement téléphonique ne doit pas faire l'objet de restriction d'appels
- ❖ Pour l'installation de l'appareil Présence Verte, il faut dans la même pièce une prise de courant EDF non commandée par un interrupteur et une prise téléphonique, à proximité l'une de l'autre sans passage de porte.

PRESENCE VERTE ET INTERNET

Nous vous conseillons fortement de conserver une ligne France Télécom et d'éviter le dégroupage total car en cas de coupure de courant, votre Box ne sera plus alimentée, votre ligne téléphonique mise hors service, et votre service de téléassistance ne fonctionnera donc plus.

Dans le cas d'un dégroupage partiel (maintien de la ligne France Télécom avec Internet), notre matériel est compatible avec l'ensemble des Box, à condition de ne pas oublier de placer un filtre ADSL sur chaque prise téléphonique.

PRISE EN CHARGE

- ❖ Pour les personnes imposables, les dépenses restant à votre charge peuvent être déduites de vos impôts jusqu'à 50 %.

❖ L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

La Téléassistance s'inscrit dans le dispositif de mise en place de l'Allocation Personnalisée d'autonomie (APA) depuis le 1er janvier 2002. Cette allocation est proposée à toute personnes âgée de 60 ans et plus, moyennement dépendante à très dépendante. Le montant de l'APA est calculé en fonction du degré de dépendance et des ressources du bénéficiaire.

Pour en savoir plus sur l'APA adressez vous:

Conseil Général du Var, service APA : 04 98 10 56 00

- ❖ **Aides des différents régimes de protection social (CRAM, MSA, RSI ...) ou caisses de mutuelles complémentaires.**

TELEASSISTANCE PRESENCE VERTE VAR

Le service Présence Verte Var comprend :

- La mise à disposition d'un matériel de dernière génération :
- ✓ un boîtier émetteur avec inter-phonie intégrée,
- ✓ un médaillon d'alerte.



- La prestation de Téléassistance 24h/24 et 7j/7 sous forme d'abonnement mensuel.
- L'organisation de l'envoi des secours (personnes de proximité et/ou services d'urgence).
- La maintenance des appareils gratuite.
- Un service de Téléassistance **de proximité** avec des exigences de qualité.
- Un service facultatif innovant : le gardiennage des clés avec interventions au domicile, pour les personnes n'ayant pas de réseau de solidarité.
- Un service d'animation créateur de lien social « Isabelle ».
- Un magazine trimestriel « l'Oiseau Bleu ».



Présence Verte : à quelles conditions ?

Conditions tarifaires du Centre Communal d'Action Sociale :

Ville de La Crau

Abonnement Mensuel : 18 euros TTC

Option facultative « gardiennage des clés et interventions » : 5 euros TTC par mois

Frais de dossier : gratuit

Frais d'installation : gratuit