PUY-DE-DÔME
CONSEIL GENERAL

www.puydedome.fr

DEMANDE D' ABONNEMENT AU DISPOSITIF DEPARTEMENTAL DE TELEASSISTANCE

1/ ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SITUATION DE FAMILLE :

- MARIE/PACSE/CONCUBINAGE
- CELIBATAIRE
- VEUF
- CONJOINT EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (joindre un justificatif)

2**/ADRESSE** : ATTENTION , LA TELEASSISTANCE NE PEUT ETRE ACCORDEE EN CAS D' HEBERGEMENT EN MAISON DE RETRAITE OU D' ACCUEIL CHEZ UN PARTICULIER.

……

COMMUNE……. CODE POSTAL …….

NUMERO DE TELEPHONE FIXE DU DEMANDEUR(OBLIGATOIRE) : .. /.. /.. /.. /..

3/ SOUHAITEZ-VOUS QUE VOTRE CONJOINT BENEFICIE DE LA TELEASSISTANCE ?

SI OUI NOM ……PRENOM……..DATE DE NAISSANCE . .. ./ ..../

4/ MESURE DE PROTECTION

Si vous êtes placé sous tutelle, curatelle, ou sauvegarde de justice merci de nous préciser :

Nom du mandataire judiciaire (particulier ou organisme) :

Adresse :……..

……. TELEPHONE

5**/ SI UNE PERSONNE SOUHAITE ÊTRE PRESENTE LORS DE L'INSTALLATION , MERCI D'INDIQUER SES COORDONNEES TELEPHONIQUES :**

NOM PRENOM TELEPHONE

6/ RECAPITULATIF DES PIECES A FOURNIR :

- AVIS D' IMPOSITION SUR LE REVENU(le plus récent en votre possession)
- CARTE D'INVALIDITE AU TAUX DE 80% ET PLUS SI VOUS ETES RECONNU EN SITUATION DE HANDICAP ET QUE VOUS N'AVEZ PAS 65 ANS
- JUSTIFICATIF SI LE CONJOINT RESIDE EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

JE SOUSSIGNE(E) agissant en mon nom propre, ou en qualité de représentant légal du demandeur, certifie avoir pris connaissance des dispositions réglementaires et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés sur la présente demande

À Le

SIGNATURE

AVIS DU MAIRE OU PRESIDENT DU CCAS concernant cette demande (en fonction de l'âge, situation d'isolement, ressources)