

## TELEASSISTANCE

### CONDITIONS D'ADHESION

#### 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 deux personnes de votre entourage proche (famille, amis, voisins) qui assureront 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**

### 1 – ABONNE PRINCIPAL

MADAME

MADEMOISELLE

MONSIEUR

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

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

ADRESSE : \_\_\_\_\_

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

ETAGE : \_\_\_\_\_ ESCALIER : \_\_\_\_\_ BATIMENT : \_\_\_\_\_ CODE D'ACCES : \_\_\_\_\_

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

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

**Habitat :**  Immeuble

Pavillon

R.P.A. / Foyer Logement

**Mode de vie :**

Isolé(e)

En couple

Hébergé(e) (chez la famille)

### 2 – INFORMATIONS RELATIVES A L'ABONNE PRINCIPAL

Vue

Bonne

Moyenne

Mauvaise

Très mauvaise

Ouïe

Bonne

Moyenne

Mauvaise

Très mauvaise

Elocution

Bonne

Moyenne

Mauvaise

Très mauvaise

Mobilité

Bonne

Moyenne

Mauvaise

Très mauvaise

**Carte d'invalidité** :  OUI      Taux : \_\_\_\_\_% (pour les personnes de moins de 65 ans joindre la photocopie)

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

**Informations complémentaires** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **3 – ABONNE SECONDAIRE**

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

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

Vue

Bonne

Moyenne

Mauvaise

Très mauvaise

Ouïe

Bonne

Moyenne

Mauvaise

Très mauvaise

Elocution

Bonne

Moyenne

Mauvaise

Très mauvaise

Mobilité

Bonne

Moyenne

Mauvaise

Très mauvaise

**Informations complémentaires** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **4 a – MEDECIN TRAITANT**

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

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

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

### **4 b – SPECIALISTE**

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

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

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**5 – DEPOSITAIRES DES CLES :**

**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 clefs seront contactés par MONDIAL ASSISTANCE en fonction de leur proximité géographique (temps de trajet) et non l'ordre dans lequel ils sont inscrits ci-dessous :**

1) NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

QUALITE : \_\_\_\_\_ ANNEE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

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

TELEPHONE (Personnel) : \_\_\_\_\_ (Portable) : \_\_\_\_\_ (Professionnel) : \_\_\_\_\_

**CLES :**       OUI             NON            Temps de trajet : \_\_\_\_\_ minute(s)

2) NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

QUALITE : \_\_\_\_\_ ANNEE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

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

TELEPHONE (Personnel) : \_\_\_\_\_ (Portable) : \_\_\_\_\_ (Professionnel) : \_\_\_\_\_

**CLES :**       OUI             NON            Temps de trajet : \_\_\_\_\_ minute(s)

3) NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

QUALITE : \_\_\_\_\_ ANNEE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

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

TELEPHONE (Personnel) : \_\_\_\_\_ (Portable) : \_\_\_\_\_ (Professionnel) : \_\_\_\_\_

**CLES :**       OUI             NON            Temps de trajet : \_\_\_\_\_ minute(s)

4) NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

QUALITE : \_\_\_\_\_ ANNEE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

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

TELEPHONE (Personnel) : \_\_\_\_\_ (Portable) : \_\_\_\_\_ (Professionnel) : \_\_\_\_\_

**CLES :**       OUI             NON            Temps de trajet : \_\_\_\_\_ minute(s)

**6 – DIVERS**

**Animaux domestiques :**     OUI             NON

Si OUI, précisez le nombre :  chien(s) : \_\_\_\_\_                       chat(s) : \_\_\_\_\_

autre(s) : \_\_\_\_\_

**Précisions sur les moyens d'accès au domicile :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Autres personnes vivants sous le même toit :**

NOM – PRENOM : \_\_\_\_\_ ANNEE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

LIEN AVEC L'ABONNE : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_

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

**Opérateur téléphonique :**

INTERNET :     OUI             NON

NOM DE L'OPERATEUR : \_\_\_\_\_

**Informations complémentaires :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Personne à contacter pour le rendez-vous :**

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

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

## **ANNEXE 1**

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

> **Une ligne téléphonique fixe**

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

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

**Et fournir :**

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





