



# ASSOCIATION DELTA REVIE 03

12/25

29 avenue Jules Ferry

03100 Montluçon

**Secrétariat : 04.70.29.23.32**

du lundi au jeudi : 8h30 - 11h30 et 13h30 - 16h30

le vendredi : 8h30 - 11h30

**Astreinte technique : 06.07.80.12.83 7j/7 24h/24**site : [www.deltarevie03.com](http://www.deltarevie03.com)e-mail : [contact.deltarevie@gmail.com](mailto:contact.deltarevie@gmail.com)

## CONTRAT INITIAL DE TÉLÉASSISTANCE

**OPTION(S) :**  **DELTA MOBILITÉ**  **MÉDAILLON D'IMMOBILITÉ****CADRE RÉSERVÉ À DELTA REVIE 03**

BASE DE LA REDEVANCE (MENSUELLE)

DATE DE POSE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ h \_\_\_\_

CODE REDEVANCE MENSUELLE  €N° APPAREIL  sous tutelle /N° ABONNÉ 

COMMUNE

TYPE APPAREIL 

curatelle

DATE DE DÉPOSE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CONVENTIONNÉE :

 oui  non**AVENANTS :**

Date Médailon d'immo. : \_\_\_\_\_

Date Changement Adresse : \_\_\_\_\_

Date Delta Mobilité : \_\_\_\_\_

Date Chgt Situation Foyer : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

Contrat entre l'Association DELTA REVIE 03, représentée par son président M\_\_\_\_\_ , d'une part, et,

**L' ABONNÉ PRINCIPAL** M. et/ou  Mme \_\_\_\_\_ , d'autre part.

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

**Souhaite acquérir une boîte à clés (BàC):**

ADRESSE Bât : \_\_\_\_\_ Etage : \_\_\_\_\_

 oui  non

N° : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal :  Ville : \_\_\_\_\_Type de bâtiment :  Appartement  Maison isolée/ferme  Villa/maison

Infos accès : Esc./Asc. : \_\_\_\_\_ Porte : \_\_\_\_\_ Code entrée : \_\_\_\_\_ Divers : \_\_\_\_\_

Tel fixe : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

**COHABITANT**SOUS ASSISTANCE DELTA REVIE :  oui  nonLien avec l'abonné :  Conjoint  Père/mère  Enfant  Autre Monsieur NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Madame Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tel portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**CONTACT 1** (Ordre prioritaire) Vos proches (famille, amis, voisins) pouvant se déplacer et accéder à votre domicile, en 30 min max.

Madame  Monsieur NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien avec l'abonné : \_\_\_\_\_  
Type de gestion :  Intervenant jour et nuit  Intervenant jour  Intervenant nuit  
N° : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal :  Ville : \_\_\_\_\_  
Tel fixe : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Clé ou code B&C :  oui  non  
E-mail : \_\_\_\_\_ Temps d'accès : \_\_\_\_\_ min

**CONTACT 2**

Madame  Monsieur NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien avec l'abonné : \_\_\_\_\_  
Type de gestion :  Intervenant jour et nuit  Intervenant jour  Intervenant nuit  
N° : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal :  Ville : \_\_\_\_\_  
Tel fixe : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Clé ou code B&C :  oui  non  
E-mail : \_\_\_\_\_ Temps d'accès : \_\_\_\_\_ min

**CONTACT 3**

Madame  Monsieur NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien avec l'abonné : \_\_\_\_\_  Personne à prévenir  
Type de gestion :  Intervenant jour et nuit  Intervenant jour  Intervenant nuit  
N° : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal :  Ville : \_\_\_\_\_  
Tel fixe : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Clé ou code B&C :  oui  non  
E-mail : \_\_\_\_\_ Temps d'accès : \_\_\_\_\_ min

**Si aucun contact, certificat médical établi par :** \_\_\_\_\_

**ABONNÉ PRINCIPAL**

**RÉFÉRENT MÉDECIN TRAITANT**  
 Madame  Monsieur  
NOM : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_

**RÉFÉRENT SPÉIALISTE** \_\_\_\_\_  
 Madame  Monsieur  
NOM : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_

**COHABITANT**

**RÉFÉRENT MÉDECIN TRAITANT**  
 Madame  Monsieur  
NOM : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_

**RÉFÉRENT SPÉIALISTE** \_\_\_\_\_  
 Madame  Monsieur  
NOM : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_

# ABONNÉ PRINCIPAL

# COHABITANT

LISTE INFO : Santé

## SANTÉ

Vue :  Bonne  Moyenne  Mauvaise  
 Assistée  DMLA  Cécité

Ouie :  Bonne  Moyenne  Mauvaise  
 Appareillé  Surdité

Mobilité :  Bonne  Moyenne  Mauvaise  
 Canne  Déambulateur  Fauteuil roulant

Élocution :  Bonne  Moyenne  Mauvaise  
 Aphasiqe  Muet

Compréhension :  Bonne  Moyenne  Code/handicap  
 Étranger

Divers : Transport spécifique :

AUTRE  Surpoids important  
 Conjoint non autonome  
 autres : \_\_\_\_\_

---

Si conjoint non autonome, contacter :  
\_\_\_\_\_

## SANTÉ

Vue :  Bonne  Moyenne  Mauvaise  
 Assistée  DMLA  Cécité

Ouie :  Bonne  Moyenne  Mauvaise  
 Appareillé  Surdité

Mobilité :  Bonne  Moyenne  Mauvaise  
 Canne  Déambulateur  Fauteuil roulant

Élocution :  Bonne  Moyenne  Mauvaise  
 Aphasiqe  Muet

Compréhension :  Bonne  Moyenne  Code/handicap  
 Étranger

Divers : Transport spécifique :

AUTRE  Surpoids important  
 Conjoint non autonome  
 autres : \_\_\_\_\_

---

Si conjoint non autonome, contacter :  
\_\_\_\_\_

Dossier bénéficiant d'une aide ?  oui  non

APA  CARSAT  CMCAS  MDPH  SNCF  Autres

Administratif

## RELATIONS CONVIVIALES AVEC NOS « APPELS DE COURTOISIE »

Souhaitez-vous être appelé entre 14h30 et 17h, environ une fois par mois ?  Oui  Non

Il y a t-il des jours où vous êtes absent l'après midi ?  Oui  Non Si oui :  
 lundi  mardi  mercredi  jeudi  vendredi

## PRÉVENIR EN CAS D'HOSPITALISATION :

Contact n° : \_\_\_\_\_  
 Madame  Monsieur

Lien avec l'abonné : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : [ ] Ville : \_\_\_\_\_

Tel fixe : \_\_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_\_

## SIGNATAIRE CONTRAT

Signataire :  Abonné  Assistante Sociale  Autre  CCAS  Commune  Famille  Tutelle/Curatelle

Autre : \_\_\_\_\_

**RESSOURCES DU FOYER**

Déclaration revenu 20\_\_

**Annuelles****Mensuelles**

Observations fiscales éventuelles :

Vous \_\_\_\_\_

votre conjoint \_\_\_\_\_

revenus fonciers \_\_\_\_\_

Le conjoint est-il en maison de retraite : autres revenus \_\_\_\_\_

 oui  non

Si Ehpad, montant mensuel : -

Dernière facture Ehpad 

La facture d'Ehpad doit être fournie chaque mois à l'Association.  
 En cas de non réception de la facture d'Ehpad deux mois consécutifs,  
 votre redevance sera automatiquement recalculée uniquement selon  
 votre avis d'imposition, sans le retrait du montant des frais d'Ehpad.

TOTAL ressources mensuelles : 

Divers

**INTERVENTION**Animaux domestiques  Oui  Non Autre : \_\_\_\_\_Chat :  Chien :  RACE : \_\_\_\_\_ Résidants dans le foyer : \_\_\_\_\_

Garde animal : \_\_\_\_\_

**DESTINATAIRE COURRIER** : Les courriers importants (échéancier, attestation fiscale, etc.) seront envoyés directement à cette personneStructure :  ATNA  Croix Marine  UDAF  Autre : \_\_\_\_\_  
 Madame  Monsieur Lien avec l'abonné : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N°: \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal :  Ville : \_\_\_\_\_

Tel fixe : \_\_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**DOCUMENT :****Certificat médical pour les personnes âgées de moins de 65 ans ou sans aucun contact :** **ASSISTANTE SOCIALE OU PERSONNE AIDANT ADMINISTRATIVEMENT L'ABONNÉ :**

Présent document établi en double exemplaires par M./Mme\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , à nos bureaux  , ou autre lieu  .**DELTA REVIE 03, par délégation,****Visa de l'organisme ayant  
établi le contrat.**

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis sur le présent contrat et en accepte les conditions.

**L'abonné(e) :**Faire précéder la signature par  
«Lu et Approuvé»