

## CONTRAT INITIAL DE TÉLÉASSISTANCE

**OPTION(S) :** ☐ DELTA MOBILITÉ ☐ MÉDAILLON D'IMMOBILITÉ

### CADRE RÉSERVÉ À DELTA REVIE 03

BASE DE LA REDEVANCE (MENSUELLE)

CODE

N° APPAREIL

TYPE APPAREIL

☐ sous tutelle /  
curatelle

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

REDEVANCE MENSUELLE  €

N° ABONNÉ

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

COMMUNE  
CONVENTIONNÉE :  
☐ oui ☐ non

### AVENANTS :

Date Médaille d'immo. : \_\_\_\_\_

Date Delta Mobilité : \_\_\_\_\_

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

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

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

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 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

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 : \_\_\_\_\_

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

☐ oui ☐ non

### COHABITANT

SOUS ASSISTANCE DELTA REVIE : ☐ oui ☐ non

Lien 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 BâC : ☐ 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 BâC : ☐ 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 BâC : ☐ oui ☐ non

E-mail : \_\_\_\_\_ Temps d'accès : \_\_\_\_\_ min

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

ABONNÉ PRINCIPAL	COHABITANT
<p><b><u>RÉFÉRENT MÉDECIN TRAITANT</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur</p> <p>NOM : _____</p> <p>Ville : _____</p>	<p><b><u>RÉFÉRENT MÉDECIN TRAITANT</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur</p> <p>NOM : _____</p> <p>Ville : _____</p>
<p><b><u>RÉFÉRENT SPÉCIALISTE</u></b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur</p> <p>NOM : _____</p> <p>Ville : _____</p>	<p><b><u>RÉFÉRENT SPÉCIALISTE</u></b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur</p> <p>NOM : _____</p> <p>Ville : _____</p>

**ABONNÉ PRINCIPAL****COHABITANT****SANTÉ**

Vue : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise  
☐ Assistée ☐ DMLA ☐ Cécité  
 Ouïe : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise  
☐ Appareillé ☐ Surdité  
 Mobilité : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise  
☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant  
   locution : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise  
☐ Aphasique ☐ Muet  
 Compréhension : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Code/handicap  
☐ étranger

Divers : Transport spécifique :

**A** ☐ Surpoids important  
**U** ☐ Conjoint non autonome  
**T** ☐ autres : \_\_\_\_\_  
**R** \_\_\_\_\_  
**E** \_\_\_\_\_

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

Vue : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise  
☐ Assistée ☐ DMLA ☐ Cécité  
 Ouïe : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise  
☐ Appareillé ☐ Surdité  
 Mobilité : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise  
☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant  
   locution : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise  
☐ Aphasique ☐ Muet  
 Compréhension : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Code/handicap  
☐ étranger

Divers : Transport spécifique :

**A** ☐ Surpoids important  
**U** ☐ Conjoint non autonome  
**T** ☐ autres : \_\_\_\_\_  
**R** \_\_\_\_\_  
**E** \_\_\_\_\_

Si conjoint non autonome, contacter :  
 \_\_\_\_\_Dossier bénéficiant d'une aide ? ☐ oui ☐ non
☐ APA ☐ CARSAT ☐ CMCAS ☐ MDPH ☐ SNCF ☐ Autres
**RELATIONS CONVIVIALES AVEC NOS « APPELS DE COURTOISIE »**Souhaitez-vous être appelé entre 14h30 et 17h, environ une fois par mois ? ☐ Oui ☐ NonIl 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   : \_\_\_\_\_ Lien avec l'abonné : \_\_\_\_\_

☐ Madame ☐ Monsieur

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 :

☐ oui ☐ non

autres revenus \_\_\_\_\_

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 :

## INTERVENTION

Animaux domestiques ☐ Oui ☐ Non Autre : \_\_\_\_\_

Chat : ☐ Chien : ☐ RACE : \_\_\_\_\_ Résidants dans le foyer : \_\_\_\_\_

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

Divers

## DESTINATAIRE COURRIER : Les courriers importants (échancier, attestation fiscale, etc.) seront envoyés directement à cette personne

Structure : ☐ 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 :** \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

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»