ASSOCIATION DELTA REVIE 03

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
Uniquement sur rendez-vous

site : www.deltarevie03.com
e-mail : contact.deltarevie@gmail.com

CONTRAT INITIAL DE TÉLÉASSISTANCE

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

CADRE RÉSERVÉ À DELTA REVIE 03

N° ABONNÉ ☐

BASE DE LA REDEVANCE (MENSUELLE) ☐

CODE ☐ CONJOINT EHPAD ☐

☐ sous tutelle / curatelle

N° APPAREIL ☐

DATE DE POSE ____ / ____ /____ à ___ h ___

REDEVANCE MENSUELLE ☐ €

APPELS COURTOISIE ☐

DATE DE DÉPOSE ____ / ____ / ____

COMMUNE CONVENTIONNÉE : ☐ oui ☐ non

AVENANTS :

Date Médaillon 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 : ____ /____ / _____

Souhaite acquérir une boite à clés (BàC): ☐ oui ☐ non

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 : _____

Adresse 1

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 : _____

Les données personnelles (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone) des abonnés habitants sur une commune conventionnée sont susceptibles d'être transmises à la commune concernée du fait de la prise en charge mensuelle d'un montant de 5€. Les données personnelles peuvent également être transmises aux services de secours.

CONTACT 1 (Ordre prioritaire) Vos proches (famille, amis, voisins) pouvant se déplacer et accèder 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 BàC : ☐ 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 BàC : ☐ 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 BàC : ☐ oui ☐ non

E-mail : _____ Temps d'accès : _____ min

Si aucun contact, certificat médical établi par : _____

ABONNÉ PRINCIPAL	**COHABITANT**
RÉFÉRENT MÉDECIN TRAITANT ☐ Madame ☐ Monsieur NOM : _____ Ville : _____	**RÉFÉRENT MÉDECIN TRAITANT** ☐ Madame ☐ Monsieur NOM : _____ Ville : _____
RÉFÉRENT SPÉCIALISTE _____ ☐ Madame ☐ Monsieur NOM : _____ Ville : _____	**RÉFÉRENT SPÉCIALISTE** _____ ☐ Madame ☐ Monsieur NOM : _____ Ville : _____

ABONNÉ PRINCIPAL

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
☐ Aphasique ☐ Muet
Compréhension : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Code/handicap
☐ Étranger

Divers : Transport spécifique :

AUTRE
☐ Surpoids important
☐ Conjoint non autonome
☐ autres : _____

_____

Si conjoint non autonome, contacter :

_____

COHABITANT

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
☐ Aphasique ☐ Muet
Compréhension : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Code/handicap
☐ Étranger

Divers : Transport spécifique :

AUTRE
☐ Surpoids important
☐ Conjoint non autonome
☐ autres : _____

_____

Si conjoint non autonome, contacter :

_____

LISTE INFO : Santé

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° **:** _____ 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 : _____

FOURNIR LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION

RESSOURCES DU FOYER

Le conjoint est-il en maison de retraite :

☐ oui ☐ non

Si maison de retraite, montant mensuel : _____

Dernière facture Ehpad fournie ☐

LA FACTURE D'EHPAD DOIT ÊTRE FOURNIE CHAQUE MOIS À L'ASSOCIATION. EN CAS DE NON RÉCEPTION DE LA FACTURE D'EHPAD, VOTRE REDEVANCE SERA AUTOMATIQUEMENT RECALCULÉE UNIQUEMENT SELON VOTRE AVIS D'IMPOSITION, SANS LE RETRAIT DU MONTANT DES FRAIS D'EHPAD.

Si un déclarant est décèdé,
date du décès : ____/____/ 20__

Observations fiscales éventuelles :

CADRE RÉSERVÉ À DELTA REVIE 03

Déclaration revenu 20__ **Annuels**

Revenus déclarant 1 : M__ _____ €

Revenus déclarant 2 : M__ _____ €

Autres revenus : _____ €

Total des ressources
annuelles_____ **€**
mensuelles_____ **€**

Facture ehpad - _____ €

Total des ressources mensuelles pris en compte par Delta Revie **€**

CADRE RÉSERVÉ À DELTA REVIE 03

INTERVENTION

Animaux domestiques ☐ Oui ☐ Non Autre : _____

Chat : ☐ Chien : ☐ RACE : _____ Résidants dans le foyer : _____

Garde animal : _____

Divers

DESTINATAIRE COURRIER : Les courriers importants (échéancier, 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»