



# 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

Astreinte technique : 06.07.80.12.83 7j/7 24h/24

site : www.deltarevie03.com

e-mail : contact.deltarevie@gmail.com

## CONTRAT INITIAL DE TÉLÉASSISTANCE

### OPTION :

#### CADRE RÉSERVÉ À DELTA REVIE 03

BASE DE LA REDEVANCE (MENSUELLE)

CODE

N° APPAREIL

TYPE APPAREIL

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

REDEVANCE MENSUELLE

MONTANT 1<sup>ER</sup> PRÉLÈVEMENT

N° ABONNÉ

sous tutelle/curatelle

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

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

#### L' ABONNÉ PRINCIPAL

Commune conventionnée :  oui  non

Boîte à clés :  oui  non

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 : \_\_\_\_\_

#### 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 Vos proches (Famille, amis, voisins...) pouvant intervenir (Ordre prioritaire)

Madame  Monsieur NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'abonné : \_\_\_\_\_

Type de gestion :  Intervenant  Personne à prévenir  Intervenant nuit  Intervenant jour

N° : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

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

Tel fixe : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Tel portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Clé :  oui  non

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

**CONTACT 2** Madame  Monsieur NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'abonné : \_\_\_\_\_

Type de gestion :  Intervenant  Personne à prévenir  Intervenant nuit  Intervenant jour

N° : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal :      Ville : \_\_\_\_\_Tel fixe : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Clé :  oui  non

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

**CONTACT 3** Madame  Monsieur NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'abonné : \_\_\_\_\_

Type de gestion :  Intervenant  Personne à prévenir  Intervenant nuit  Intervenant jour

N° : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal :      Ville : \_\_\_\_\_Tel fixe : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Clé :  oui  non

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

**URGENCES**

Établissement hospitalier souhaité :

 Clinique Désertines  Centre hospitalier Montluçon  Autres : \_\_\_\_\_**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****COHABITANT**

LISTE INFO : Santé

**SANTÉ**

Vue :  Bonne  DMLA  
 Lunettes  Mal voyant  Non voyant  
 Ouïe :  Appareillé  Bonne  Mal entendant  
 Sourd  Sourd/muet  
 Mobilité :  Bonne  Canne  Couché/alité  
 Déambulateur  Fauteuil roulant  Réduite  
 Élocution :  Accent  Aphasique  Bégaye  
 Muet  Bonne  
 Compréhension :  Bonne  Code/handicapé  Étranger  
 Moyenne

Divers : Transport spécifique :

**AUTRE**  Surpoids  Conjoint non autonome  
 autres : \_\_\_\_\_  
 Si conjoint non autonome, contacter :  
 \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale

               
Questionnaire santé :  oui  non**SANTÉ**

Vue :  Bonne  DMLA  
 Lunettes  Mal voyant  Non voyant  
 Ouïe :  Appareillé  Bonne  Mal entendant  
 Sourd  Sourd/muet  
 Mobilité :  Bonne  Canne  Couché/alité  
 Déambulateur  Fauteuil roulant  Réduite  
 Élocution :  Accent  Aphasique  Bégaye  
 Muet  Bonne  
 Compréhension :  Bonne  Code/handicapé  Étranger  
 Moyenne

Divers : Transport spécifique :

**AUTRE**  Surpoids  Conjoint non autonome  
 autres : \_\_\_\_\_  
 Si conjoint non autonome, contacter :  
 \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale

               
Questionnaire santé :  oui  non**AVENANT**

Date DAAF : \_\_\_\_\_  
 Date GPRS : \_\_\_\_\_

Date Changement Adresse : \_\_\_\_\_  
 Date Situation Foyer : \_\_\_\_\_

Administratif

Dossier bénéficiant d'une aide ?  non  oui, à compter du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ jusqu'au \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 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  Non

Il y a t-il des jours où vous êtes absent l'après midi ? \_\_\_\_\_

**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  AS  Autre  CCAS  Commune  Famille  Tutelle/Curatelle

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

**RESSOURCES DU FOYER**

Déclaration revenu 20\_\_

**Annuelles****Mensuelles**

Observations fiscales éventuelles :

Vous \_\_\_\_\_  
 votre conjoint \_\_\_\_\_  
 revenus fonciers \_\_\_\_\_  
 autres revenus \_\_\_\_\_

Le conjoint est-il en maison de retraite ?  oui  non Si oui, montant mensuel : \_\_\_\_\_TOTAL ressources mensuelles : **INTERVENTION**Animaux domestiques  Oui  Non Autre : \_\_\_\_\_Chat :  Chien :  RACE : \_\_\_\_\_ Résidents dans le foyer : \_\_\_\_\_

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

Divers

**COURRIER DIFFÉRENT:**Envoi différent :  Oui Structure :  ATM  Croix Marine  UDAF  Autre : \_\_\_\_\_ Madame  Monsieur Lien avec l'abonné : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N°: \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

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

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

**DOCUMENTS :**Certificat médical pour les personnes âgées de moins de 65 ans : **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 par convention le contrat.**

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

**L'abonné :**

Faire précéder la signature par «Lu et Approuvé»