

CONTRAT INITIAL DE TÉLÉASSISTANCE

OPTION :

CADRE RÉSERVÉ À DELTA REVIE 03

BASE DE LA REDEVANCE (MENSUELLE) DATE DE POSE ____ / ____ / ____ à ____ h ____
 CODE REDEVANCE MENSUELLE € COMMUNE
 N° APPAREIL sous tutelle / N° ABONNÉ CONVENTIONNÉE :
 TYPE APPAREIL curatelle oui non
 DATE DE DÉPOSE ____ / ____ / ____

AVENANTS :

Date DAAF : _____ Date Changement Adresse : _____
 Date GPRS : _____ Date 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 : ____ / ____ / ____

ADRESSE Bât : _____ Etage : _____ Boite à clés : 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 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
Ouille : 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 :

A
U
T
R
E Surpoids important
 Conjoint non autonome
 autres : _____

Si conjoint non autonome, contacter :

SANTÉ

Vue : Bonne DMLA
 Lunettes Mal voyant Non voyant
Ouille : 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 :

A
U
T
R
E Surpoids important
 Conjoint non autonome
 autres : _____

Si conjoint non autonome, contacter :

Dossier bénéficiant d'une aide ? non oui, à compter du ___ / ___ / ___ jusqu'au ___ / ___ / ___
 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 AS Autre CCAS Commune Famille Tutelle/Curatelle

Autre : _____

