

CONTRAT INITIAL DE TÉLÉASSISTANCE

OPTION :

CADRE RÉSERVÉ À DELTA REVIE 03		DATE DE POSE ____ / ____ / ____ à ____ h ____
BASE DE LA REDEVANCE (MENSUELLE) <input type="text"/>		REDEVANCE MENSUELLE <input type="text"/> €
CODE <input type="text"/>		
N° APPAREIL <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> sous tutelle / <input type="checkbox"/> curatelle	N° ABONNÉ <input type="text"/>
TYPE APPAREIL <input type="text"/>		DATE DE DÉPOSE ____ / ____ / ____
AVENANTS :		COMMUNE CONVENTIONNÉE : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Date DAAF : _____		Date Changement Adresse : _____
Date GPRS : _____		Date Situation Foyer : _____
Autre : _____		Date Delta Mobilité : _____

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

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 : _____

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

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

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 :

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

Si conjoint non autonome, contacter :

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 :

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

Si conjoint non autonome, contacter :

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 ? 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 : _____

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 : _____Dernière facture

TOTAL ressources mensuelles :

INTERVENTIONAnimaux domestiques Oui Non Autre : _____Chat : Chien : RACE : _____ Résidants 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 : **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»