

Date d'arrivée du dossier :

Nom & Prénom :

Commune :

DEMANDE DE TELEASSISTANCE POUR PERSONNES AGEES

DE QUOI S'AGIT-IL :

La téléassistance est un service qui permet de mettre en contact une personne âgée avec un téléopérateur en cas de problème à domicile (chute, malaise...), 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

La personne contacte un téléopérateur en appuyant sur un médaillon ou un bracelet qu'elle porte en permanence. Selon l'urgence de la situation, le téléopérateur :

- **Contacte la personne de confiance,**
- **Déclenche une intervention pour porter assistance rapidement en cas de besoin.**

CONDITION D'ATTRIBUTION :

- Être âgé de **60 ans et plus**,
- Disposer au **1er janvier 2024** de ressources mensuelles inférieures à :
 - **1 113,00 €** pour une personne seule
 - **1 727,00 €** pour un couple.

MONTANT DE LA PRISE EN CHARGE :

Le Conseil départemental prend en charge les frais d'installation de 260,00€ + le montant mensuel de l'abonnement de 30,00 € par mois.

1 médaillon ou bracelet par personne pour un couple.

Cette aide est compatible avec toutes les autres prestations du Conseil départemental et n'est pas remboursable sur la succession.

1. IDENTITE

☐ Madame

☐ Monsieur

NOM MARITAL (S'il y a lieu)

NOM DE NAISSANCE (en majuscule)

PRENOM (S)

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

1.1 MAJEUR PROTEGE

Êtes-vous majeur protégé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de renseigner les coordonnées du tuteur ou curateur :

NOM

PRENOM

ORGANISME :

TELEPHONE :

MAIL :

2. ADRESSE

.....
.....
.....

Code postal : Ville :

3. SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire

☐ Union libre

☐ Marié (e)

☐ Pacsé (e)

☐ Divorcé (e)

☐ Séparé (e)

☐ Veuf (ve)

3.1 COMPOSITION DU FOYER

Vivez-vous seul à votre domicile ? ☐ OUI ☐ NON

Si non, merci d'indiquer l'identité des personnes qui composent votre foyer :

NOM & PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTE

4. RESSOURCES

TYPES DES RESSOURCES	MONTANT MENSUEL
<i>Salaire /Revenus d'activité</i>	Euros
<i>Allocation de solidarité aux PA</i>	Euros
<i>RETRAITE</i>	Euros
<i>PENSION DE REVERSION</i>	Euros
<i>AUTRES</i>	Euros
<u><i>TOTAL MENSUEL</i></u>	<u>Euros</u>

5- EQUIPEMENTS DU FOYER

Disposez-vous d'une ligne téléphonique ? ☐ OUI ☐ NON

N° de TELEPHONE FIXE 0590

Disposez-vous d'une prise de courant dans la même pièce que celle où se trouve votre prise téléphonique ? (*Indispensable pour le branchement du transmetteur de la téléassistance*).

☐ OUI ☐ NON

6- AIDES DEJA ACCORDEES

Bénéficiez-vous d'une aide pour la Téléassistance accordée par d'autres organismes ou autre Collectivité ? :

☐ OUI ☐ NON

Si oui, Précisez : ☐ CCAS ☐ MUTUELLE ☐ CGSS ☐ AUTRES

7- PERSONNE(S) DE CONFIANCE CHOISIE(S) PAR LE DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Portable : Fixe :

Courriel :

Lien de parenté : ☐ Enfant ☐ Parent : ☐ Autre (précisez)

Fournir une copie de votre pièce d'identité (carte d'identité ou passeport).

Je soussigné (e) M. ou Mme
donne mon accord pour agir en qualité de personne de confiance de M. ou Mme
.....
dans le cadre de la Téléassistance.

Date et signature

8- LISTE DES PIÈCES (COPIES), A JOINDRE, A L'IMPRIMER :

- Une pièce d'identité (carte d'identité ou passeport),
- Un titre de séjour, à jour si vous êtes étranger,
- Le dernier avis d'imposition sur le revenu,
- Les justificatifs de ressources (3 derniers relevés de compte),
- Un justificatif de domicile (facture d'eau ou d'électricité datant de moins 6 mois),
- Le jugement de tutelle (le cas échéant).

9- DATE ET SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE SON REPRESENTANT LEGAL :

Je soussigné, agissant en mon nom ou en qualité de représentant légal du demandeur, certifie avoir pris connaissance des conditions réglementaires et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés sur la présente demande

Fait à

le

Signature

AVIS DU SERVICE INSTRUCTEUR

☐ Avis favorable

☐ Avis défavorable :

☐ Retour au demandeur pour complément d'information

Dossier à retourner avec l'ensemble des pièces justificatives à
l'adresse suivante :

Conseil Départemental
Direction des Personnes Agées et des Personnes Handicapées
Sous-Direction de l'Autonomie
Service de l'Aide et de l'Action Sociales PA/PH
Stade Félix EBOUE
97100 BASSE-TERRE

Ou par mail :
[*dpaph.teleassistance@cg971.fr*](mailto:dpaph.teleassistance@cg971.fr)