

7 - Type d'opérateur téléphonique

Ligne Téléphonique :

☐ ANALOGIQUE

☐ DEGROUPEE

☐ FIBRE OPTIQUE

Fournisseur précisez :

Fournisseur précisez :

Fournisseur précisez :

8- Observations et informations diverses

Signature

Nom :

Prénom :

Certifie l'exactitude des renseignements fournis, je m'engage à informer Technipro de tout changement concernant ma situation, et si cela n'était fait, le dégage de toute responsabilité.

Je donne mon accord à Technipro pour saisir en informatique les données me concernant.

Je suis avisé(e) que la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, me garantit un droit d'accès et de rectification de ces données auprès du CCAS d'Antony ou de Technipro.

Déclare que Technipro ne pourra être tenue responsable des conséquences matérielles qu'entraîneraient une intervention en vue de lui porter aide et assistance.

Fait à :

Le :

Cachet de l'organisme émetteur :

Signature de l'abonné(e) ou de son représentant :

Document à retourner à l'adresse postale suivante :
HOTEL DE VILLE - Service C.C.A.S - Place de l'Hôtel de Ville
BP 60086 - 92161 ANTONY Cedex -Tél. 01.40.96.71.39

N° site (bénéficiaire) :

Code de rattachement :

Date de saisie :

Date d'installation :

Cadre réservé à Technipro

N° de transmetteur :

Fiche de Renseignements

1 - Bénéficiaire

☐ Monsieur

☐ Madame

☐ Mademoiselle

Nom :

Téléphone :

Portable :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse : Bât./Tour :

Esc./Asc. :

Etage :

Porte :

Code pte / interph. :

Maison : Oui - Non

jardin : Oui - Non

Appartement : Oui - Non

Foyer/résidence RPA : Oui - Non

N° :

Rue :

Code postal :

Ville :

Protection habitat : Porte blindée : Oui - Non

Alarme : Oui - Non

Animaux : Oui - Non

Situation familiale : ☐ Célibataire

☐ Marié

☐ Veuf

Co-Bénéficiaire

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Qualité :

Rappel d'information aux usagers

Les appels téléphoniques émis par le transmetteur (appels d'urgence et tests de contrôle), sont à la charge du bénéficiaire (0.112€ TTC) et apparaissent sur votre facture téléphonique détaillée en 0 825. Avant toute installation, veuillez vous assurer que votre logement comporte bien une ligne téléphonique non restreinte, une prise électrique et une prise PTI à proximité de l'endroit souhaité pour l'emplacement du transmetteur de téléassistance, 1,50m maximum entre les deux, et sans obstacle intermédiaire (ex : porte...).

Le non respect de ces recommandations entraînerait un retard regrettable dans notre intervention.

2- Etat de santé Bénéficiaire

Etat de santé Co-Bénéficiaire

Vue		Ouïe		Elocution		Mobilité	
Bonne	☐	Bonne	☐	Bonne	☐	Bonne	☐
Moyenne	☐	Moyenne	☐	Moyenne	☐	Moyenne	☐
Mauvaise	☐	Mauvaise	☐	Mauvaise	☐	Mauvaise	☐
Nulle	☐	Nulle	☐	Nulle	☐	Nulle	☐

☐ Déambulateur ☐ Canne

☐ Port d'un appareil auditif

Langue maternelle :

Etablissement hospitalier habituel :

Service ambulancier :

Condition de santé bénéficiaire

.....

.....

3- Médecin traitant bénéficiaire

Nom : Prénom :

N° : Rue :

Code postal : Ville :

Téléphone cabinet : Téléphone autre :

Autre médecin traitant

Nom : Prénom :

N° : Rue :

Code postal : Ville :

Téléphone cabinet : Téléphone autre :

Référent

4- Référent (personne à contacter pour toutes questions administratives (facturation, mise à jour du dossier) et techniques (SAV,récupération,...)

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité :

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

Intervenant - Entourage

5- Intervenant N°1

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité⁽¹⁾:

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

☐ : à prévenir ☐ : dépositaire des clés Temps de trajet :

Intervenant N°2

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité⁽¹⁾:

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

☐ : à prévenir ☐ : dépositaire des clés Temps de trajet :

Intervenant N°3

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité⁽¹⁾:

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

☐ : à prévenir ☐ : dépositaire des clés Temps de trajet :

Intervenant N°4

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité⁽¹⁾:

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

☐ : à prévenir ☐ : dépositaire des clés Temps de trajet :

6- Entourage N°1 (personne à informer)

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité⁽¹⁾:

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

7- Entourage (aide ménagère, infirmière...)

Nom : Prénom : Organisme :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité⁽¹⁾:

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

Fréquence visite : : dépositaire des clés

(1) : Fils, Fille, ... Voisin, ami ...

CONTRAT DE PRESTATION DE TELEASSISTANCE

Entre les parties,

D'une part, ci-après nommée « **Structure** »

Le Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.), dont le siège social est situé Place de l'Hôtel de Ville BP 60086 92161 ANTONY Cedex, représenté par Monsieur Jean-Yves SENANT, Maire d'ANTONY agissant en qualité de Président, ayant obtenu l'agrément S.A.P. 219200029 par la préfecture des Hauts-de-Seine le 15/12/2011 -167-177 avenue Frédéric et Irène Joliot Curie 92013 NANTERRE.

Et d'autre part, ci-après nommé « **bénéficiaire** »

Madame, Monsieur : _____

Nom/Prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____

Adresse : _____

ou son représentant légal :

Madame, Monsieur : _____

Nom/Prénom : _____

Agissant au nom et pour le compte de : _____

En qualité de : _____

Adresse : _____

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er} : L'objet du contrat

Le présent contrat a pour objet la mise à disposition, l'installation/désinstallation, la maintenance du matériel de téléassistance au domicile du bénéficiaire et par une société intervenant pour le compte du C.C.A.S.

La téléassistance permet aux bénéficiaires, d'alerter en cas de besoin, par simple pression d'un bouton, une station d'écoute dont le personnel qualifié est prêt à :

- recevoir les appels 24h/24, tous les jours de l'année ;
- transmettre après analyse les signalements aux intervenants les plus adaptés à la nature de l'alerte (dépositaires des clefs, et en cas d'urgence : médecin traitant, SAMU, pompiers, police) ;
- suivre ces interventions jusqu'à satisfaction du besoin générateur de l'alerte ;
- informer quotidiennement le CCAS sur l'objet des appels, le demandeur, le délai et la nature de l'intervention
- mettre en relation l'abonné avec un service gratuit de soutien psychologique.

Le présent contrat a pour objet de définir les conditions générales et financières de cette prestation. Il est conclu conformément à la législation française et notamment aux règles du droit de la consommation.

Article 2 : La durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée.

Article 3 : Critères d'admission :

- Etre Antonien
- Et âgé(e) de 60 ans ou reconnu en situation de handicap

Article 4 : la prestation

4.1 : Matériel mis à disposition

L'abonné disposera d'un transmetteur compatible avec des lignes téléphoniques RTC ou GPRS, d'une part et d'un émetteur (au choix : bracelet ou médaillon) / personne (2 pour un couple), d'autre part. Les piles (fourniture et pose) de l'appareil seront fournies et remplacées par la société intervenant pour le compte du CCAS et incluses dans le prix.

4.2 : installation et maintenance du matériel

La société intervenant pour le compte du CCAS assure sans frais l'installation, le remplacement et la maintenance du matériel. La mise en service prend effet au plus tard 48h après installation.

4.3 : Prise en charge des appels et intervention des secours

Lorsqu'un abonné lance un appel, le transmetteur compose automatiquement le numéro de téléphone de la centrale qui identifie l'abonné appelant. Le personnel de la station d'écoute entre en contact avec l'intéressé par voie d'interphone, puis prévient, dans l'ordre : l'un des dépositaires de clefs mentionnés sur la fiche de l'abonné, et/ou les services d'urgence.

Tous les appels sont pris en considération quelle que soit la nature de la demande, y compris les appels de convivialité.

En cas de non réponse de l'abonné, les secours sont appelés. Le coût éventuel de l'intervention des secours est facturé aux abonnés eux-mêmes, sans qu'ils puissent être remboursés par le C.C.A.S.

4.4 : Traçabilité des appels et suivi des interventions

Les conversations téléphoniques avec la station d'écoute sont enregistrées. Toutes les interventions font l'objet d'un compte-rendu au CCAS.

Article 5 : Conditions financières de l'intervention

5.1 : Tarif et frais annexes

Le tarif de la prestation de téléassistance varie selon les revenus du bénéficiaire et le type d'appareil installé.

La prestation est entièrement subventionnée par le Conseil Départemental et le C.C.A.S. pour les personnes non imposables sur le revenu. Pour bénéficier de la gratuité de la prestation, les abonnés non imposables sur le revenu doivent obligatoirement fournir le dernier avis de non-imposition sur les revenus.

Les tarifs applicables depuis le 1/9/18 sont les suivants :

	Bénéficiaires non imposables	Bénéficiaires imposables
Transmetteur GSM	0,00 € <i>Sous réserve de fournir l'avis de non-imposition</i>	6.17 € T.T.C. / mois Soit 18.51 € T.T.C. / trimestre
Transmetteur RTC	0,00 € <i>Sous réserve de fournir l'avis de non-imposition</i>	3.56 € T.T.C. / mois Soit 10.68 € T.T.C. / trimestre

Toute installation avant le 15 du mois sera facturée en mois plein, et toute installation réalisée après le 15 du mois ne sera facturable qu'à compter du mois suivant.

Des frais annexes, appliqués par certains opérateurs téléphoniques, sont générés par les tests de matériels.

Les matériels complémentaires proposés par la société intervenant pour le compte du CCAS feront l'objet d'une facturation directe par ses soins aux abonnés intéressés.

5.2 : Modalités de révision des tarifs :

Les tarifs varient chaque année dans la limite d'un pourcentage fixé par contrat entre le prestataire de téléassistance et le C.C.A.S.

5.3 : Rythme des facturations :

Une facture est envoyée trimestriellement. Les factures sont payables quinze jours après réception.

5.4 : Mode de paiement possible :

- ☐ Chèque bancaire
- ☐ Prélèvement automatique
- ☐ Espèces

Pour le paiement par prélèvement automatique, le bénéficiaire doit renvoyer le mandat SEPA ci-joint, dûment signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire.

Article 6 : L'engagement des parties

6.1. : Dans le cadre du présent contrat, le C.C.A.S. s'engage à :

- Garantir la confidentialité des informations transmises par le bénéficiaire ou son représentant légal et lui offrir un libre droit d'accès et de modifications des données personnelles le concernant.
Le bénéficiaire est informé que les données recueillies font l'objet d'un traitement informatisé visant à la gestion de la prestation et à sa facturation.
Il est informé que ses données restent confidentielles, transmises uniquement à la société sous-traitante de la prestation pour le compte du CCAS, et qu'il peut à tout moment accéder aux informations transmises.
- Fournir au bénéficiaire l'attestation annuelle pour la déclaration fiscale conformément à la législation en vigueur.

6.2. : Dans le cadre du présent contrat, le bénéficiaire s'engage à :

- Remplir et à remettre à la structure les documents et informations nécessaires à la constitution de son dossier ainsi qu'à la facturation des prestations, notamment son dernier avis d'imposition sur le revenu : en cas de refus la prestation est facturée.
- Informer le C.C.A.S. de tout changement de coordonnées (les siennes et/ou celle du / des dépositaires des clés), afin que les factures lui parviennent et que les dépositaires de clés puissent être contactés en cas d'alerte.
- Rendre ou faire retirer le matériel après résiliation du contrat.

Article 7 : La résiliation du présent contrat et droit de rétractation

Le bénéficiaire peut résilier le présent contrat sans justification ni pénalité, sous 48h.

Aucun préavis ne sera appliqué, en cas d'entrée en institution ou de décès. Le C.C.A.S. se réserve le droit, s'il est informé d'une entrée en institution ou du décès du bénéficiaire, de résilier unilatéralement l'abonnement.

Pour résilier l'abonnement, le bénéficiaire doit contacter la société intervenant pour le compte du CCAS par téléphone en appelant le numéro suivant : 0810 81 16 00 (numéro azur-prix d'un appel local).

Après résiliation, pour la restitution du matériel, le bénéficiaire peut, à son choix : le faire retirer par la société intervenant pour le compte du C.C.A.S. à son domicile, ou bien le (faire) déposer au CCAS.

Article 8 : Litige

En cas de litige, les parties s'engagent à essayer de trouver une solution à l'amiable.

Le bénéficiaire ou son représentant légal peut faire appel, en vue de faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'il choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le président du Conseil Départemental. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle du service.

A défaut d'un accord entre les parties, le litige sera soumis à la compétence du tribunal du lieu de résidence du défendeur.

Fait en deux exemplaires originaux à ANTONY,

Le : _____

Signatures, précédées de la mention « lu et approuvé » :

Le bénéficiaire	Le représentant légal	Le C.C.A.S. (signature et cachet)
		Lu et approuvé,

Conserver 1 exemplaire et retourner 1 exemplaire signé à l'adresse suivante :

Centre Communal d'Action Sociale
Place de l'Hôtel de Ville
BP 60086
92161 ANTONY Cedex

accompagné des pièces suivantes :

- **Fiche de renseignements** dûment complétée
- Dernier **avis de non-imposition** (obligatoire pour bénéficier de la gratuité) ou d'**impôt** sur le revenu
- Et, en cas de souscription au paiement par prélèvement automatique, **mandat SEPA** ci-joint, dûment signé et accompagné d'un **Relevé d'Identité Bancaire**.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA Référence unique du mandat :	
---	--

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA Référence unique du mandat :

Centre Communal d'Action Sociale Service Télé Assistance

Centre Communal d'Action Sociale Service Télé Assistance

***Compléter impérativement tous les renseignements concernant les désignations du compte à débiter.**

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le CCAS de la ville d'Antony à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CCAS de la ville d'Antony.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

*DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Nom : **CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE**

Adresse : **Place de l'Hôtel de Ville**
BP 60086

Code postal : **92160**

Ville : **ANTONY**

Pays : **FRANCE**

*DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Figure 1 shows a sequence of 16 vertical lines of varying heights, arranged in four groups of four. The heights increase from left to right across the groups. The lines are labeled with numbers 1 through 16 at the bottom.

Signé à :

Le :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le CCAS de la ville d'ANTONY En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec le CCAS de la ville d'ANTONY.

Les informations concernant les prélèvements seront communiquées sur les factures, après réception des factures vous aurez trois jours pour en suspendre les opérations.