

Signature

Je m'engage à obtenir l'accord des personnes ci-dessus pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant et permettant de rendre le service de la téléassistance.

J'autorise Bluelinea à me faire parvenir les moyens de secours appropriés et, en cas de défaillance de mon réseau de proximité (personnes dépositaires des clés de mon), accepte que ceux-ci pénètrent mon domicile par tout moyen utile pour me porter assistance sans que Bluelinea puisse en aucun cas être tenu responsable des éventuels dégâts en résultant (porte, vitres, etc.).

« Je m'engage par ailleurs à prendre en charge les frais occasionnés. »

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 Bluelinea.

Je suis informé(e) que les données recueillies font l'objet d'un traitement informatisé visant à la gestion de la prestation. Ces données restent confidentielles, transmises uniquement à Bluelinea pour le compte du CCAS d'Antony et que je peux à tout moment accéder aux informations transmises.

Fait à :

Le :

Signature du bénéficiaire ou
de son représentant légal :

Signature et cachet du CCAS :

Document à retourner à l'adresse postale suivante :

Hôtel de ville – Service CCAS – Place de l'hôtel de ville
BP 60086 – 92161 Antony Cedex – Tél : 01.40.96.71.39

Fiche de renseignements

Coordonnées du (des) bénéficiaire(s)

Bénéficiaire 1	Bénéficiaire 2
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Date de naissance :/...../.....

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse :

CP : Ville :

Bâtiment : Escalier : Etage :

Porte N° : Code d'accès :

Précisions complémentaires d'accès au domicile :
.....
.....

Situation familiale

Célibataire Marié(e) Veuf(ve)

Typologie du logement

Appartement Maison Résidence spécialisée

Autres personnes au foyer :

Ligne téléphonique

Analogique Fournisseur :

Dégrouper Fournisseur :

Fibre optique Fournisseur :

Absence de ligne



« La téléassistance : un service financé avec
l'aide du conseil départemental des Hauts de Seine »



Informations de santé

<i>Bénéficiaire 1</i>	Bon	Moyen	Mauvais	<i>Bénéficiaire 2</i>	Bon	Moyen	Mauvais
Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Canne			<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Canne		
<input type="checkbox"/> Appareil auditif				<input type="checkbox"/> Appareil auditif			

Précisions utiles

.....
.....

Votre médecin traitant

Nom : Tél :
E-mail :

Installation

Matériels

- Transmetteur domicile
- Dispositif d'Alerte géolocalisé (utilisable à l'extérieur également)

Options

- Détecteur de chutes
- Interphonie déportée
- Coffre à clés

Personne à contacter pour l'installation

Nom : Prénom :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
E-mail :

Réseau de proximité

Contact 1 – Dépositaire des clés

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Téléphone travail :
Courriel : Lien avec l'abonné :
Temps de parcours : minutes (recommandé : moins de 45 mn)

Contact 2 – Dépositaire des clés

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Téléphone travail :
Courriel : Lien avec l'abonné :
Temps de parcours : minutes (recommandé : moins de 45 mn)

Contact 3 – Dépositaire des clés

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Téléphone travail :
Courriel : Lien avec l'abonné :
Temps de parcours : minutes (recommandé : moins de 45 mn)

Personne référente à prévenir en cas de problème constaté

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Téléphone travail :
Courriel : Lien avec l'abonné :

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) d'au moins 60 ans ou reconnu en situation de handicap

Article 4 : la prestation

4.1 : Matériel mis à disposition

L'abonné disposera d'un transmetteur et d'un émetteur (bracelet et médaillon) / personne (2 pour un couple).

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. Aussi, le C.C.A.S et la société de téléassistance ne peuvent être tenus pour responsables des dégâts éventuels résultant de cette intervention.

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

Le tarif de la prestation de téléassistance varie selon si le bénéficiaire est imposable ou non imposable 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^{er} janvier 2022 sont les suivants :

	Bénéficiaires non imposables	Bénéficiaires imposables
Téléassistance classique	0,00 € <i>Sous réserve de fournir l'avis de non-imposition</i>	2.28 € T.T.C. / mois Soit 6.84 € T.T.C. / trimestre
Téléassistance mobile géolocalisable <i>Utilisable en intérieur et extérieur</i>	2,88 € T.T.C / mois Soit 8,64 € par trimestre <i>Sous réserve de fournir l'avis de non-imposition</i>	7,38 € T.T.C / mois Soit 22,14 € T.T.C par 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.

Les matériels complémentaires proposés (options) feront l'objet d'une facturation aux abonnés intéressés. La souscription aux options donnera lieu à une annexe au contrat.

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 : Responsabilités

- Le vol de l'appareil sera couvert par l'assurance personnelle du bénéficiaire.
- En cas de détérioration de l'équipement due à une mauvaise utilisation par le bénéficiaire, celui-ci s'engage à supporter le remboursement de l'appareil.
- La responsabilité du C.C.A.S ne saurait être engagée dans le cas d'un dysfonctionnement de l'appareil résultant d'une carence des services de téléphonie ou de fourniture d'électricité.

Article 8 : 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 : 08 05 40 47 40 (numéro azur-prix d'un appel local) ou en informer le C.C.A.S.

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 au 81 rue Prosper Legouté à ANTONY.

Article 9 : 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**.