

## 7- Services d'urgence

Pompiers : \_\_\_\_\_ Police municipale : \_\_\_\_\_ Gendarmerie : \_\_\_\_\_

Etablissement hospitalier habituel : \_\_\_\_\_

Service ambulancier : \_\_\_\_\_

## 8- Type d'opérateur téléphonique

France Télécom et/ou Autre opérateur précisez : \_\_\_\_\_

## 9- 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 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, me garantit un droit d'accès et de rectification de ces données auprès 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.

N° site (bénéficiaire) : \_\_\_\_\_

Code de rattachement : \_\_\_\_\_

Date de saisie : \_\_\_\_\_

Date d'installation : \_\_\_\_\_

N° de transmetteur : \_\_\_\_\_

Cadre réservé à Technipro

# Fiche de Renseignements

## 1- Bénéficiaire

Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

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 PTT 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

	Vue	Ouïe	Elocution	Mobilité
Bonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nulle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Etat de santé Co-Bénéficiaire

	Vue	Ouïe	Elocution	Mobilité
Bonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nulle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déambulateur    Canne

Port d'un appareil auditif

Langue maternelle : .....

Déambulateur    Canne

Port d'un appareil auditif

Langue maternelle : .....

### 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 : .....

### 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<sup>(1)</sup>: .....

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<sup>(1)</sup>: .....

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<sup>(1)</sup>: .....

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<sup>(1)</sup>: .....

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<sup>(1)</sup>: .....

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

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

Nom : ..... Prénom : ..... Organisme : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Qualité<sup>(1)</sup>: .....

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

Fréquence visite : ..... : dépositaire des clés

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