

Demande d'installation Téléassistance



centre
communal
d'action
sociale

C
C
A
S



Merci de nous transmettre cette fiche de renseignements à :
Centre Communal d'Action Sociale - Place de l'Hôtel de Ville - BP 60086 - 92161 Antony cedex
ou déposez-le au C.C.A.S. - 81, rue Prosper Legouté - 92160 Antony
Conservez une copie de ce formulaire

BÉNÉFICIAIRE(S)

Bénéficiaire 1 : ☐ M. ☐ Mme

Date de naissance

Nom Prénom

E-mail

Bénéficiaire 2 (si couple) : ☐ M. ☐ Mme

Date de naissance

Nom Prénom

E-mail

Sous tutelle ou curatelle : ☐ oui ☐ non Si oui, Nom

Téléphone (portable de préférence) :

Adresse complète N° Rue

Bâtiment Escalier Étage Porte

☐ Immeuble ☐ Pavillon Code postal Ville

Code d'entrée 1 Code d'entrée 2 Accès : ☐ aisé ☐ difficile ☐ sur cour ☐ sur rue

Téléphone fixe Téléphone mobile

Opérateur télécom Possédez-vous une box Internet ? ☐ oui ☐ non

Animaux domestiques : ☐ oui ☐ non Sous curatelle : ☐ oui ☐ non

Si oui, nom :

Téléphone : (Téléphone mobile de préférence)

PERSONNE À CONTACTER POUR L'INSTALLATION (si différente du Bénéficiaire)

☐ M. ☐ Mme Nom Prénom

Date de naissance Lien avec le Bénéficiaire

Téléphone fixe Téléphone mobile

Les données personnelles seront supprimées, une fois l'installation effectuée.

MATÉRIELS DE TÉLÉASSISTANCE (+ OPTIONS)

☐ Téléassistance classique ☐ Téléassistance mobile géolocalisable

☐ Options : ☐ Détecteur de chute

☐ Boîte à clés

PARRAINS : PERSONNES DEPOSITAIRES DES CLÉS

Le rôle de parrain est primordial dans le cadre de la Téléassistance. Ils sont désignés, sous votre seule responsabilité, afin d'être appelé(e)s pour la levée de doute ou toute autre situation, telle que : malaise léger, angoisse ou chute sans gravité. Pour cela, ils doivent être en possession des clés de votre domicile. Il s'agit de personnes de votre entourage (proches, voisins), que vous avez désignées lors de votre souscription et pour lesquelles vous avez obtenu l'autorisation. Bien entendu, il est obligatoire d'informer chaque parrain de leur rôle dans le cadre de la mise en œuvre de la Téléassistance.

☐ M. ☐ Mme ☐ Je confirme que ce parrain possède les clés, est informé et a accepté son rôle de parrain

Nom _____ Prénom _____

Adresse complète N° _____ Rue _____

Code postal Ville

Tél. mobile (obligatoire - à privilégier)

Tél. fixe (obligatoire) Lien de parenté : _____

E-mail (obligatoire) _____

Distance du domicile en kilomètres _____ En temps _____

☐ M. ☐ Mme ☐ Je confirme que ce parrain possède les clés, est informé et a accepté son rôle de parrain

Nom _____ Prénom _____

Adresse complète N° _____ Rue _____

Code postal Ville

Tél. mobile (obligatoire - à privilégier)

Tél. fixe (obligatoire) Lien de parenté : _____

E-mail (obligatoire) _____

Distance du domicile en kilomètres _____ En temps _____

☐ M. ☐ Mme ☐ Je confirme que ce parrain possède les clés, est informé et a accepté son rôle de parrain

Nom _____ Prénom _____

Adresse complète N° _____ Rue _____

Code postal Ville

Tél. mobile (obligatoire - à privilégier)

Tél. fixe (obligatoire) Lien de parenté : _____

E-mail (obligatoire) _____

Distance du domicile en kilomètres _____ En temps _____

IMPORTANT ! La mention de 2 parrains est fortement recommandée pour le bon déroulement de la Téléassistance

MODALITÉS

Le présent contrat de Téléassistance est conclu entre vous et le CCAS d'Antony (ci-après le « CCAS »). Le CCAS a confié l'exécution des services de Téléassistance à EUROP TÉLÉASSISTANCE, société par actions simplifiée au capital de 100 000 euros, inscrite au RCS de Bobigny sous le numéro 453 798 647.

Le CCAS, en tant que responsable du traitement respecte la réglementation sur la protection des données personnelles. Les données personnelles concernant le(s) Bénéficiaire(s), Parrains et Personne à contacter, traitées par le CCAS sont nécessaires à l'exécution du présent contrat. La base légale des traitements est l'exécution du Contrat. Ces données sont destinées au CCAS, en qualité de responsable du traitement et à EUROP TÉLÉASSISTANCE, en tant que sous-traitant ainsi qu'à ses prestataires et/ou partenaires, qui participent à l'exécution des prestations. Elles sont conservées au maximum pendant cinq années à l'issue du contrat. Conformément à la réglementation sur la protection des données en vigueur, le(s) Bénéficiaire(s) et Parrains disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ainsi que la limitation du traitement et de la portabilité des informations les concernant en écrivant, soit par voie postale, à : Centre Communal d'Action Sociale – Place de l'Hôtel de ville - BP 60086 - 92161 Antony cedex. Ils disposent également d'un droit de formuler des directives spécifiques et générales concernant la conservation, l'effacement et la communication de leurs données post-mortem. Le cas échéant, le(s) Bénéficiaire(s) et/ou Parrains peuvent introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

MODALITÉS

Nous vous invitons à lire attentivement les informations suivantes et à confirmer votre accord en signant la présente Demande d'installation :

- ☒ « Je (nous) déclare (déclarons) avoir reçu mandat des personnes désignées dans la présente Demande d'installation pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant et permettant de rendre le service de Téléassistance ».
- ☒ « Je (nous) reconnais(sons) avoir pris connaissance et accepter la présente Demande d'installation ».
- ☒ « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) que toutes les conversations téléphoniques que je (nous) pourrais (pourrions) échanger avec la Centrale d'écoute de Téléassistance du prestataire du CCAS, EUROP TÉLÉASSISTANCE, peuvent faire l'objet d'un enregistrement, dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels et à titre de preuve, conservé pendant 2 mois, ainsi que dans le cadre de la mise en œuvre du service de Téléassistance, conservés pendant les durées légales et réglementaires applicables ».
- ☒ « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) de la nécessité d'informer le CCAS en cas de changement d'abonnement téléphonique ».
- ☒ « Je (nous) suis (sommes) informé(e)(s) que le Détecteur de chute est un dispositif permettant de détecter automatiquement une chute brutale suivie d'une immobilisation et qui génère, dans ce cas, une alerte vers la Centrale d'écoute de Téléassistance. Je (nous) suis (sommes) informé(e)(s) que certaines chutes (chute molle, chute/descente contrôlée contre un mur ou sur une chaise) ne sont pas systématiquement détectées et que, dans ce cas, un déclenchement manuellement de l'alarme par simple appui sur le bouton du bracelet ou du médaillon est nécessaire ».
- ☒ « Je (nous) soussigné(e) (soussignons) autorise (autorisons) EUROP TÉLÉASSISTANCE à me (nous) faire parvenir les moyens de secours appropriés et en cas de défaillance de mon (notre) comité de parrainage (personnes dépositaires des clés du domicile du (des) Bénéficiaire(s)) accepte (acceptons) que ceux-ci pénètrent mon (notre) domicile par tout moyen utile pour me (nous) porter assistance sans qu'EUROP TÉLÉASSISTANCE ne puisse en aucun cas être tenue responsable des éventuels dégâts en résultant (porte, vitres, etc.). Je (nous) m'engage (nous engageons) par ailleurs à rembourser EUROP TÉLÉASSISTANCE des frais occasionnés ainsi que les éventuels frais ou honoraires facturés par les services de secours ».
- ✓ « J'(nous) autorise (autorisons) EUROP TÉLÉASSISTANCE à transmettre au CCAS d'Antony les données personnelles du (des) Bénéficiaire(s) et le déroulement des interventions me (nous) concernant ; ceci pour leur permettre un suivi de mon (notre) dossier et effectuer un contrôle de la qualité du service délivré ».
- ✓ « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) de la collecte de mes (nos) données personnelles et de leur traitement traitement par le CCAS pour la finalité précitée, suite au contrat souscrit ».
- ✓ « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) du fait que je (nous) dispose (disposons) d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de mes (nos) données personnelles, ainsi que d'un droit de limitation du traitement ; je (nous) dispose (disposons) en outre d'un droit d'opposition ».
- ✓ « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) des modalités de l'exercice de ces droits à savoir l'envoi d'un courrier, soit par voie électronique, que je (nous) bénéficie (bénéficions) d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression aux informations qui me (nous) concernent, que je (nous) peux (pouvons) exercer en m' (nous) adressant à Déléguée de la Protection des Données du CCAS d'Antony, Place de l'Hôtel de ville BP 60086 - 92161 Antony cedex, accompagné de la photocopie d'un titre d'identité signé ».
- ✓ « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) de la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la commission Nationale de l'Informatique et des libertés (CNIL) ».

Fait à _____

Souscrit le _____

Nom, prénom et signature
Bénéficiaire 1

Nom, prénom et signature
Bénéficiaire 2 (si couple)



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

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 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.

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.

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**.



SOUSCRIPTION AUX OPTIONS DE TELEASSISTANCE :

Annexe au contrat de téléassistance

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, ayant obtenu l'agrément S.A.P. 219200029 par la préfecture des
Hauts-de-Seine le 15/12/2011.

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

Madame / Monsieur Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er} : L'objet de l'annexe

La présente annexe a pour objet la mise à disposition, l'installation/désinstallation, la maintenance des **options** de téléassistance, au domicile du bénéficiaire et par une société intervenant pour le compte du C.C.A.S.

Options de téléassistance :

Les 2 options suivantes sont complémentaires et ne peuvent pas remplacer la prestation de téléassistance de base.

☐ **Détecteur de chutes** : 7.20 € par mois (soit 21.60 €/trimestre) à ajouter à l'abonnement de base

Dispositif permettant de détecter automatiquement une chute brutale suivie d'une immobilisation. En cas de détection de chute lourde suivie d'une immobilité d'au moins 30 secondes du bénéficiaire, une alarme est générée à la société de téléassistance.

Attention : il se peut que certaines chutes, telles que des chutes douces ne soient pas détectées. Dans ce cas, le bénéficiaire doit déclencher manuellement l'alarme par simple appui sur le bouton du bracelet.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

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.

- 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)

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.

Matériels proposés dans le cadre du dispositif de téléassistance

Abonnement de base :

Appareil	Descriptif	Visuel	Tarif
Transmetteur à domicile avec son médaillon	Dispositif utilisable au domicile par pression sur le médaillon présenté sous forme de collier ou de bracelet		• Gratuit pour les personnes non imposables • 2.58 € par mois pour les personnes imposables (soit 7.74 € par trimestre)

Appareil mobile géolocalisable, autre choix que l'abonnement de base :

Appareil	Descriptif	Visuel	Tarif
Téléassistance mobile géolocalisable	Dispositif utilisable à l'intérieur et à l'extérieur. Il permet de définir précisément la position géographique du bénéficiaire en cas d'alerte.		• 14.60 € par mois pour les personnes non imposables (soit 43.80 € par trimestre) • 17.10 € par mois pour les personnes imposables (soit 51.30 € par trimestre)

Options proposées, en complément de votre abonnement de base :

Options	Descriptif	Visuel	Tarif
Détecteur de chutes	Ce détecteur est conçu pour détecter et envoyer automatiquement une alerte en cas de chute brutale suivi d'une absence de mouvement au sol pendant 30 secondes minimum.		7.20 € par mois (21.60 € par trimestre)
Boîtier à clés	Permet de mettre vos clés à disposition des personnes intervenant à votre domicile et aux secours. Nombre de clés : 4 Matière : Aluminium Type de fermeture : A combinaison Type de pose : A fixer Dimensions : H. 14,6 x l. 10,5 x P. 5,1 cm		108 € Facturée une seule fois (Installation comprise)