Centre Intercommunal d'Action Sociale
VALLÉE DU GAPEAU

TELEALARME

DOSSIER D'INSCRIPTION
Au service de
TELEALARME

MAJ 10/01/2023

Dans le cadre de ses actions en faveur du maintien à domicile des personnes âgées et/ou handicapées, le CIAS vous propose des associations de Téléalarme.

DESCRIPTION

Les appareils se composent d'une base de dialogue et d'une montre ou d'un pendentif servant à déclencher l'appel d'urgence.

Ce système permet en premier lieu, de rassurer la personne âgée et la famille, notamment sur les petits soucis de la vie quotidienne, voire des incidents plus importants.

Différents systèmes plus ou moins complexes sont disponibles, contacter notre service afin d'obtenir les coordonnées des deux principaux prestataires associatifs sur le secteur.

Tarifs des différents opérateurs (sous réserves de modification des documents fournis par les opérateurs)

OPERATEURS	DELTA-REVIE 83		PRESENCE VERTE / MSA
TARIF ABONNEMENT	Ligne numérique (box internet) ou sans ligne téléphonique au domicile : Formule adaptable : ***26 €/ mois*** Tarif comprenant : mise à disposition de l'équipement, installation, service de téléassistance 24h/24, écoute conviviale, soutien psychologique et interventions de dépannage par des professionnels 7j/7. Forfait gardiennage des clés : **6.50 €**/mois 10 interventions d'assistance : **15 €**/mois		Ligne analogique : « ACTIV'ZEN » RTC : 20 € / Mois. Tarif comprenant la location et maintenance du dispositif, l'écoute et traitement des appels 24h/24 et 7jours /7 Ligne numérique (box internet) : **25 €** / mois Tarif comprenant : location de l'appareil, installation, écoute, courrier de convivialité, cellule de soutien psychologique. Garde de clés : **7 €** / mois
COORDONNEES CIAS	04-94-33-10-62		

DOCUMENTS A JOINDRE : la présente fiche de renseignements + la fiche des prérequis avant installation dûment complétée +
copie du justificatif de domicile – copie carte d'identité - R.I.B – demande de prélèvement automatique dûment remplie

A TRANSMETTRE : CIAS de la Vallée du Gapeau – SERVICE TELEALARME 1193 avenue des Sénés – 83210 SOLLIES-PONT
Fax : 04 94 33 10 68

Centre Intercommunal d'Action Sociale
VALLÉE DU GAPEAU

DELTA REVIE 83
Nous c'est la Téléassistance de proximité

Association DELTA REVIE 83
504 Avenue De Lattre de Tassigny – Espace Galaxie B - 83000 TOULON
Tél. 04 94 89 71 10 – Email : info@delta-revie83.com
Siret : 382 061 893 00030 - Code APE : 8810A N° SAP :382061893 CNIL : 12380090
TVA Intercommunautaire : FR32382061893

BORDEREAU DE TRANSMISSION

Destinataire	Service Administratif – Delta Revie 83
Email	accueil@delta-revie83.com
Téléphone	04.94.89.71.10
Expéditeur	**C.C.A.S. DE** .....

DEMANDE DE RACCORDEMENT

Veuillez trouver ci-après la fiche de renseignements du bénéficiaire afin d'effectuer le raccordement du service de Téléassistance Delta Revie 83 :

☐ Dans les 48h ☐ Au-delà, date .....

☐ Urgence à effectuer le ..... Motif : .....

*L'installation du dispositif à domicile sera effectuée par :

	DELTA REVIE 83
	PAR LE C.C.A.S.

**Cocher la bonne case*

Cachet Signature du demandeur

Centre Intercommunal d'Action Sociale
VALLÉE DU GAPEAU

DELTA REVIE 83
Nous c'est la Téléassistance de proximité

TELEASSISTANCE AUX PERSONNES

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION

SOUSCRIPTEUR : C.C.A.S. DE .....

Date de souscription : .....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'ABONNE

Cadre 1 : Informations abonné(s)

ABONNE PRINCIPAL :
NOM : .....
PRENOM : .....
DATE DE NAISSANCE : .....

SITUATION DE FAMILIALE :
SEUL(E) EN COUPLE
AVEC ENFANT AUTRE : .....

ABONNE 2 : Option 2ème déclencheur Oui - Non
NOM : .....
PRENOM : .....
DATE DE NAISSANCE : .....

Cadre 2 : Coordonnées abonné (s)

ADRESSE :
.....
.....

VILLE : .....CODE POSTAL : .....

TELEPHONE FIXE : .....

PORTABLE : .....

EMAIL : .....

Cadre Réservé au propriétaire de l'équipement :

Cadre 3 : Descriptif de l'équipement (A remplir par l'installateur)

EQUIPEMENT mis à disposition

Marque : ..... Gamme : .....

Code prom : ..... Série : .....

Propriétaire : .....

	Type déclencheur
	Pendentif
	Bracelet
	Avec détection de chutes brutales

Lieu d'implantation de la base de l'équipement (à remplir par le technicien au moment de l'installation)

- ☐ Couloir
- ☐ Salle à manger
- ☐ Chambre
- ☐ Autres : .....
- ☐ Branché derrière Box
- ☐ Branché en direct
- ☐ Branché via multiprise
- ☐ Branchements autres : .....

Installation conforme aux pré-requis : ☐OUI ☐ NON Si non pourquoi : .....

LA BASE NE DOIT PAS ETRE DEPLACEE SANS AVOIR INFORME L'ASSOCIATION

CIAS/CLIC de la Vallée du Gapeau– 1193 avenue des Sénès - 83 210 SOLLIES-PONT
☎ 04 94 33 10 62 🖷 04 94 33 10 68 ✉ social@ccvg.fr

Centre Intercommunal d'Action Sociale
VALLÉE DU GAPEAU

DELTA REVIE 83
Nous c'est la Téléassistance de proximité

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Domicile * Cocher la case correspondante				
	*Appartement	Etage :	Code d'accès :	Interphone :
	*Maison			

Animaux de compagnie	
Oui - Non	**Préciser :**
Consignes si hospitalisation	

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) * Cocher la case correspondante		
	*Bénéficiaire de l'A.P.A.	Si oui, N° dossier :
	*Demande en cours	GIR :
	*Non bénéficiaire de l'A.P.A.	

Autres renseignements administratifs		
Plan d'aide personnalisé PAP - CARSAT	OUI	NON
Caisse de retraite complémentaire :	N° dossier :	
Mutuelle :	N° dossier :	

Renseignements médicaux Abonné 1				**Renseignements médicaux Abonné 2**			
Vue	Bonne	Moyenne	Mauvaise	**Vue**	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Audition	Bonne	Moyenne	Mauvaise	**Audition**	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Mobilité	Bonne	Moyenne	Mauvaise	**Mobilité**	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Elocution	Bonne	Moyenne	Mauvaise	**Elocution**	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Autres				**Autres**			

Fiche de liaison – Professionnels de santé de ville et accompagnants habituels	
Médecin traitant :	Téléphone :
Ville :	
Médecin spécialiste :	Téléphone :
Pharmacie habituelle :	Téléphone :
Assistante sociale / Vie sociale :	Téléphone :
Professionnels présents au domicile :	
Soins infirmiers :	Téléphone :
Portage de repas :	Téléphone :
Service d'aide à domicile :	Téléphone :
Autres :	Téléphone :

Autres renseignements administratifs		
Plan d'aide personnalisé PAP - CARSAT	OUI	NON
Caisse de retraite complémentaire :	N° dossier :	
Mutuelle :	N° dossier :	

CIAS/CLIC de la Vallée du Gapeau– 1193 avenue des Sénès - 83 210 SOLLIES-PONT
☎ 04 94 33 10 62 🖷 04 94 33 10 68 ✉ social@ccvg.fr

Centre Intercommunal d'Action Sociale
VALLÉE DU GAPEAU

DELTA REVIE 83
Nous c'est la Téléassistance de proximité

CONSIGNES PROTOCOLE D'INTERVENTION

INTERVENANTS (Pouvant se déplacer à domicile)
PERSONNES A PREVENIR (Souhaitant uniquement être informés en cas d'alarme)

Nom et prénom : ..... **Ville :** .....

PROTOCOLE D'INTERVENTION ET CONSIGNES
Merci de préciser par ordre de priorité les coordonnées des personnes à contacter

N° ..... ☐ Détenteur des clés
TYPE DE GESTION : ☐ Personne à prévenir ☐ Intervenant du Réseau de solidarité
NOM PRENOM : ..... Lien avec l'abonné : .....
☎ DOMICILE : ..... ☎TRAVAIL : .....
☎ PORTABLE : ..... EMAIL : .....
Horaires de vacation : .....
ADRESSE : .....
.....
CP : ..... VILLE : .....

N° ..... ☐ Détenteur des clés
TYPE DE GESTION : ☐ Personne à prévenir ☐ Intervenant du Réseau de solidarité
NOM PRENOM : ..... Lien avec l'abonné : .....
☎ DOMICILE : ..... ☎TRAVAIL : .....
☎ PORTABLE : ..... EMAIL : .....
Horaires de vacation : .....
ADRESSE : .....
.....
CP : ..... VILLE : .....

INFORMATIONS ET CONSENTEMENT

Nous vous invitons à lire attentivement les informations suivantes, à cocher les cases correspondant à votre consentement et à confirmer votre accord en signant le présent formulaire

Enregistrement des conversations téléphoniques :
Le Souscripteur est informé que toutes les conversations téléphoniques échangées avec le centre de réception des appels et Delta Revie 83, peuvent faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi qualité des services et de la formation des personnels. Ces conversations sont conservées pendant 3 mois à compter de leur enregistrement.

Personnes déclarées dans le protocole d'intervention
Le Souscripteur s'engage à obtenir l'autorisation des personnes déclarées dans le protocole d'intervention pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant.

Traitement des données recueillies : Les informations recueillies dans le dossier de souscription et lors de l'abonnement font l'objet d'un traitement destiné à la mise en œuvre des services de Delta Revie 83 pour les finalités suivantes : Le service de Téléassistance ; L'assistance à domicile ; Le service M.A.R.I.U.S. ; La gestion administrative et la facturation de l'abonnement ; La maintenance du matériel fourni ; Les missions de lien social.

☐ J'accepte que Delta Revie 83 traite mes données de santé pour le service de téléassistance auquel je souscris.

☐ *Si je souscris au service de Téléassistance Mobil' j'accepte que Delta Revie 83 puisse me géolocaliser, dans le cadre d'une intervention de téléassistance.

☐ *Si je souscris au service de Téléassistance Préventive avec solution d'actimétrie Otono-me, j'accepte que Delta Revie 83 réalise un traitement automatisé à partir de mes habitudes de vie, données qu'elle collecte en continue.

Vous êtes informés qu'en l'absence de consentement sur la géolocalisation et le traitement automatisé, les services Téléassistance Mobil' et Préventive avec solution d'actimétrie Otono-me ne pourront pas être mis en œuvre.

Pour connaître l'ensemble des informations et vos droits sur ces traitements, nous vous invitons à consulter nos conditions générales (articles 18 et 19) et nos conditions spécifiques (articles 2.4 et suivants).
Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et le Règlement Européen Général sur la Protection des Données 2016/679 (RGPD), l'abonné dispose des droits d'accès, de rectification et de suppression des données le concernant en écrivant à Delta Revie 83- 504 Av. De Lattre de Tassigny – Espace Galaxie B- 83000 TOULON ou par courriel à : DPO@delta-revie83.com. Vous disposez également d'un droit de réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Centre Intercommunal d'Action Sociale
VALLÉE DU GAPEAU

DELTA REVIE 83
Nous c'est la Télésassistance de proximité

CHOIX DE LA FORMULE D'ABONNEMENT (Voir grille tarifaire 2023)

FORMULE D'ABONNEMENT DE TELEASSISTANCE :	
Equipement mis à disposition par ☐ DELTA REVIE 83 ☐ C.C.A.S. DE	
Total abonnement de base	**..... € TTC/Mois**

Services compris :

- ✓ Installation de l'équipement à domicile
- ✓ Service de téléassistance 24h24
- ✓ Service d'intervention de maintenance et permanence téléphonique technique/équipement 7j/7
- ✓ Service de convivialité
- ✓ Service de conciergerie M.A.R.I.U.S offert jusqu'au 31/12/2023

Options retenues *Cocher les cases de votre choix		PRIX	TOTAL
	Service d'intervention d'Assistance à domicile Au forfait 10 interventions	+ 15.00 € TTC/Mois	..... € TTC/Mois
	Service d'intervention d'Assistance à domicile Au forfait 20 interventions	+ 25.00 € TTC/Mois	..... € TTC/Mois
	Service d'intervention d'Assistance à domicile A l'acte	*72.00 € TTC/Acte*	
	Gardiennage des moyens d'accès par le service d'Assistance	+ 6.50 € TTC/Mois	..... € TTC/Mois
	Téléassistance avec Alerte chute brutale	+ 6.00 € TTC/Mois	..... € TTC/Mois
	Téléassistance DUO avec un 2ème déclencheur	+ 3.00 € TTC/Mois	..... € TTC/Mois
	Autre :	..... € TTC/Mois	..... € TTC/Mois
		Sous total - Options :	..... € TTC/Mois

COUT MENSUEL TOTAL (Abonnement de base + Options) :	**.....€ TTC/Mois**

Formulaire de souscription comprenant 5 pages complété par le C.C.A.S. et remis à Delta Revie 83

Fait à : ..... Le ...../...../.....

Signature de l'abonné ou de son représentant légal :

Nom Prénom : .....

CIAS/CLIC de la Vallée du Gapeau– 1193 avenue des Sénès - 83 210 SOLLIES-PONT
☎ 04 94 33 10 62 🖷 04 94 33 10 68 ✉ social@ccvg.fr

Centre Intercommunal d'Action Sociale
VALLÉE DU GAPEAU

SEPA Single Euro Payments Area

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

DELTA REVIE 83 504 AVENUE DE LATTRE DE TASSIGNY LE GALAXIE B 83000 TOULON	DELTA REVIE 83 Nous c'est la Télévisitance de proximité	**Référence unique du mandat :** *(Champ réservé à DELTA REVIE 83)*

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association Delta Revie 83 à renvoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association Delta Revie 83. 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 prélèvement autorisé.

Débiteur :
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
CP : .....Ville .....

Désignation du compte à débiter :

IBAN
Numéro d'identification international du compte bancaire

BIC
Code International Identification de votre banque

Type de paiement :

Paiement [x] récurrent/répétitif 1er mois prélevé : [ ] .....
Paiement ponctuel

Créancier :

Nom : Delta Revie 83 Identification créancier ICS : FR 88 ZZZ 471495

Fait à : .....
Le : .....

Signature :

Important : Veuillez joindre impérativement le Relevé d'Identité Bancaire (RIB) du compte à débiter

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles ne pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

NB : excepté la RUM qui peut être communiqué par la suite, les informations stipulées doivent être renseignées correctement sur le mandat avant la signature du client. Dans le cas contraire le mandat est invalide.

Centre Intercommunal d'Action Sociale
VALLÉE DU GAPEAU

présenceverte

« PRESENCE VERTE PROVENCE AZUR »
Adresse : 143 rue Jean Alcard CS 60419 – 83008 Draguignan cedex
☎ : 04 94 60 38 61 - Fax : 04 94 60 39 25 - Mail : provenceazur@presenceverte.fr

Demande de téléassistance

Partenaire : .....

Demandeur *Lien avec le futur bénéficiaire :* .....

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphones : ..... / .....

Futur bénéficiaire (retourner le document à l'une des coordonnées Présence Verte ci-dessus)

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : __/__/____

Adresse .....

.....

☎ : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 2ème ☎ : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (Box Internet : ☐ Oui ☐ Non)

Personne à contacter pour le RDV : .....

****

RESEAU DE SOLIDARITE 2 personnes minimum
Famille, amis ou voisins qui peuvent venir apporter de l'aide.

Intervenant n°1

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : __/__/__

Rue/Bd .....

Code Postal ..... Ville ..... Dispose des clés : OUI ☐ NON ☐

Disponibilité : totale ☐ partielle ☐ nuit ☐ jour ☐ week-end ☐

Aide domicile ☐ Enfants ☐ Petits-enfants ☐ Ami ☐ Voisin ☐ Autre ☐

☎ domicile ..... ☎ travail ..... ☎ portable .....

Intervenant n°2

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : __/__/__

Rue/Bd .....

Code Postal ..... Ville ..... Dispose des clés : OUI ☐ NON ☐

Disponibilité : totale ☐ partielle ☐ nuit ☐ jour ☐ week-end ☐

Aide domicile ☐ Enfants ☐ Petits-enfants ☐ Ami ☐ Voisin ☐ Autre ☐

☎ domicile ..... ☎ travail ..... ☎ portable .....

Professionnel de santé

Médecin traitant

Nom : ..... Prénom : .....

Rue/Bd .....

Code Postal ..... Ville .....

☎ ..... ☎ portable .....

Fait à ..... Le ..... Signature .....

Centre Intercommunal d'Action Sociale
VALLÉE DU GAPEAU

Annexe 1
Activ'zen

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE SUR COMPTE BANCAIRE (norme SEPA)

(Joindre un Relevé d'Identité Bancaire)

Raison sociale de l'organisme mandaté
ASSOCIATION LOCALE
PRESENCE VERTE PROVENCE AZUR
143, Rue Jean Aicard
BP 60419
83000 DRAGUIGNAN CEDEX
Tél. 04 94 60 38 51 Fax. 04 94 60 34 29
N° VERT : 0 800 00 25 17
Agrément N° : SAP427667217

Association déclarée «Services à la personne»
n°.....

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :
- PRESENCE VERTE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte.
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de PRESENCE VERTE

Autorisez-vous PRESENCE VERTE à débiter votre compte avant le délai de 14 jours ? oui - non (barrer la mention inutile)

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.

Nom, Prénoms et adresse du débiteur

Désignation du compte à débiter :.....

IBAN (Numéro d'identification international du compte).....

BIC (Code international d'identification de votre banque.....

Type de paiement :..... Paiement périodique ☐ Paiement ponctuel ☐

Créancier	Identifiant du créancier SEPA
ASSOCIATION LOCALE PRESENCE VERTE PROVENCE AZUR 143, Rue Jean Aicard BP 60419 83000 DRAGUIGNAN CEDEX Tél. 04 94 60 38 51 Fax. 04 94 60 34 29 N° VERT : 0 800 00 25 17 Agrément N° : SAP427667217	FR29ZZZ461693

Fait à : ..... Le ..... / ..... / .....

Signature

Note : vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.
Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

✂ .....

Contrat concerné

Numéro d'identification du contrat :.....

A retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier