

Direction Générale de la Solidarité et de l'Action Sociale

Direction de la solidarité

Dossier d'Abonnement au Dispositif Départemental de Télé-Assistance

Nom :
Prénom :
Adresse :
..... Tél :
N° du dossier :

Documents à joindre :

- Formulaire de demande d'abonnement avec l'avis du Maire ou du Président du CCAS
- Pièces justificatives demandées en fonction de votre situation
- Demande d'aide sociale (le cas échéant)

24, rue Saint-Esprit
63033 Clermont-Ferrand Cedex
Tél. 04 73 42 20 20



PUY-DE-DÔME
LE DÉPARTEMENT

DEMANDE D' ABONNEMENT AU DISPOSITIF DEPARTEMENTAL DE TELEASSISTANCE

1/ ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SITUATION DE FAMILLE :

- MARIE(E)/PACSE(E)/CONCUBINAGE
- CELIBATAIRE
- VEUF , VEUVE
- DIVORCE (E)
- CONJOINT EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (joindre un justificatif)

2/ADRESSE : ATTENTION , LA TELEASSISTANCE NE PEUT ETRE ACCORDEE EN CAS D' HEBERGEMENT EN MAISON DE RETRAITE OU D' ACCUEIL CHEZ UN PARTICULIER.

.....

COMMUNE..... CODE POSTAL

NUMERO DE TELEPHONE FIXE DU DEMANDEUR(OBLIGATOIRE) : .. /.. /.. /.. /..

3/ SOUHAITEZ-VOUS QUE VOTRE CONJOINT BENEFICIE DE LA TELEASSISTANCE ?

SI OUI NOMPRENOM.....DATE DE NAISSANCE . . . / .../

4/ MESURE DE PROTECTION

Si vous êtes placé sous tutelle, curatelle, ou sauvegarde de justice merci de nous préciser :

Nom du mandataire judiciaire (particulier ou organisme) :

Adresse :.....

.....

TELEPHONE

5/ SI UNE PERSONNE SOUHAITE ÊTRE PRESENTE LORS DE L'INSTALLATION , MERCI D'INDIQUER SES COORDONNEES TELEPHONIQUES :

NOM

PRENOM

TELEPHONE

6/ RECAPITULATIF DES PIECES A FOURNIR :

- AVIS D' IMPOSITION SUR LE REVENU(le plus récent en votre possession)
- CARTE D'INVALIDITE AU TAUX DE 80% ET PLUS SI VOUS ETES RECONNU EN SITUATION DE HANDICAP ET QUE VOUS N'AVEZ PAS 65 ANS
- JUSTIFICATIF SI LE CONJOINT RESIDE EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
- SI VOUS SOUHAITEZ PAYER PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE PLUTOT QUE PAR CHEQUE MERCI DE REMPLIR ET JOINDRE AVEC LA DEMANDE LE MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA ACCOMPAGNE D' UN RIB AU NOM DU DEMANDEUR.

JE SOUSSIGNE(E) agissant en mon nom propre, ou en qualité de représentant légal du demandeur, certifie avoir pris connaissance des dispositions réglementaires et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés sur la présente demande

A

LE

SIGNATURE

AVIS DU MAIRE OU PRESIDENT DU CCAS concernant cette demande (en fonction de l'âge, situation d'isolement, ressources)



PUY-DE-DÔME
LE DÉPARTEMENT

Téléassistance Départementale

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique de mandat :

<i>Nom et adresse du créancier</i>	DEPARTEMENT DU PUY DE DOME (Conseil départemental) 24 RUE SAINT ESPRIT 63000 CLERMONT FERRAND Tél : 04 73 42 20 20
<i>Identifiant du créancier - ICS</i>	FR23ZZZ646974

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Département du Puy-de-Dôme (Conseil départemental) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Département du Puy-de-Dôme (Conseil départemental).

En cas de prélèvement non autorisé ou erroné Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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
- sans tarder et au plus tard **dans les 13 mois** en cas de prélèvement non autorisé

Ne pas signer si vous êtes sous tutelle ou sous curatelle renforcée.

<i>Votre nom et prénom</i>	
<i>Votre adresse</i>	

<i>Coordonnées de votre compte (L'IBAN et le code BIC remplacent le RIB)</i>	
<input type="text"/>	
IBAN (International Bank Account Number) – N° d'identification international du compte bancaire	
<input type="text"/>	
BIC (Bank Identifier Code) – Code international d'identification de votre banque)	

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

N'oubliez pas de joindre un RIB.

Signé à (lieu) :Date :

Signature

Veillez signer ici

Imprimé à retourner à :

Conseil départemental du Puy-de-Dôme – DGSAS/DS/AGMD – Téléassistance
24 Rue St Esprit 63 033 Clermont Ferrand Cedex 1

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'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La redevance mensuelle des abonnés au dispositif de Télé Assistance à compter du 1er janvier 2018 est fixée conformément au tableau joint en annexe :

Personne seule Revenus mensuels	Redevance Mensuelle	Redevance Trimestrielle
➤ inférieur ou égal au montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et jusqu'à 813 €	6,05 €	18,15 €
➤ de > 813 € à 917,06 €	13,83 €	41,49 €
➤ de > 917,06 € à 1018,85 €	17,24 €	51,72 €
➤ de > 1018,85 € à 1222,66 €	20,24 €	60,72 €
➤ de > 1222,66 € à 1426,78 €	23,18 €	69,54 €
➤ de > 1426,78 € à 1630,45 €	30,60 €	91,80 €
➤ de > 1630,45 €	34,89 €	104,67 €

Couple Revenus mensuels	Redevance Mensuelle	Redevance Trimestrielle
➤ inférieur ou égal au montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et jusqu'à 1242 €	6,05 €	18,15 €
➤ de > 1242 € à 1324,85 €	13,83 €	41,49 €
➤ de > 1324,85 € à 1426,78 €	17,24 €	51,72 €
➤ de > 1426,78 € à 1630,35 €	20,24 €	60,72 €
➤ de > 1630,35 € à 1834,42 €	23,18 €	69,54 €
➤ de > 1834,42€ à 2446,03 €	30,60 €	91,80 €
➤ de > 2446,03€	34,89 €	104,67 €

Les bénéficiaires, dont les ressources sont inférieures ou égales au montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, peuvent solliciter une prise en charge des frais d'abonnement par l'Aide Sociale.

Les bénéficiaires d'un plan d'aide APA peuvent demander une participation au paiement de leur redevance.