

CCAS FLAYOSC

DEMANDE D'INSTALLATION D'UN TRANSMETTEUR DE TELEASSISTANCE PRESENCE VERTE



à nous retourner complétée accompagnée de la demande d'intervention par
fax au 04 94 60 34 29 ou par mail à provenceazur@presenceverte.fr

DEMANDE FAITE PAR (autre que le/la futur(e) abonné(e)) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE/LA FUTUR(E) ABONNE(E)

VOTRE ETAT CIVIL : remplir les deux rubriques Monsieur et madame (si vous vivez en couple)

Monsieur : Nom..... Prénom

Date de Naissance à

Votre situation Familiale Seul En couple Vit avec sa famille Autre

Tutelle Oui Non Curatelle Oui Non

Madame : Nom..... Prénom

Date de Naissance à

Votre situation Familiale Seule En couple Vit avec sa famille Autre

Tutelle Oui Non Curatelle Oui Non

VOTRE ADRESSE

.....
.....
.....

Etage Numéro de porte..... Interphone Oui Non Code porte.....

Code Postal :83740 ... Commune : FLAYOSC

Conditions d'accès.....

VOTRE N° DE TELEPHONE : / / /

Pas de ligne France Telecom ou
dégroupage total internet

VOTRE ETAT DE SANTE

Monsieur

VUE	OUIE	ELOCUTION	MOBILITE	ETAT CARDIO-VASCULAIRE	ETAT RESPIRATOIRE
<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Bon
<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Moyen
<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvais	<input type="checkbox"/> Mauvais
<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Très mauvais	<input type="checkbox"/> Très mauvais

Rien à signaler Handicap; si oui, préciser.....

Madame

VUE	OUIE	ELOCUTION	MOBILITE	ETAT CARDIO-VASCULAIRE	ETAT RESPIRATOIRE
<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Bon
<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Moyen
<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvais	<input type="checkbox"/> Mauvais
<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Très mauvais	<input type="checkbox"/> Très mauvais

Rien à signaler Handicap; si oui, préciser.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

APA	Caisse de retraite principale	Caisse de retraite complémentaire :
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> CRAM / Régime général <input type="checkbox"/> MSA / Régime agricole <input type="checkbox"/> RSI / Régime social des indépendants <input type="checkbox"/> Régimes spéciaux : <input type="checkbox"/> Régimes autres :	<input type="checkbox"/> AGRICA-CAMARCA <input type="checkbox"/> CPM (Caisse de Retraite du personnel des organismes sociaux et de mutualité) <input type="checkbox"/> Autres:.....

Imposable Oui Non

Environnement du futur abonné :

Constitution du réseau de solidarité : 2 3 4 Gardiennage

Type d'habitat : Maison, avec jardin Oui Non ;
 Appartement, avec jardin Oui Non ; Digicode..... Autre à préciser.....

Réseau téléphonique de l'abonné

Nombre total de téléphones dont DECT.....
Y a t'il un dégroupage? partiel total Non Si oui, Quel opérateur ?.....

Existence d'une prise électrique à côté du téléphone (à moins 1,50 m) : Oui Non

Connaissance de Présence Verte :

<input type="checkbox"/> Bouche à oreille	<input type="checkbox"/> Mairies, CCAS	<input type="checkbox"/> Prof. médicales, paramédicales
<input type="checkbox"/> Conseil Général (APA)	<input type="checkbox"/> Associations d'aide à domicile	<input type="checkbox"/> CLIC, coordinations gérontologiques
<input type="checkbox"/> Résidences pour pers âgées	<input type="checkbox"/> Caisses de retraite	<input type="checkbox"/> Club d'anciens:
<input type="checkbox"/> Médias	<input type="checkbox"/> Autre	

Raisons de l'abonnement :

<input type="checkbox"/> Retour à domicile	<input type="checkbox"/> Agression	<input type="checkbox"/> Absence de l'entourage
<input type="checkbox"/> Besoin de sécurité, de présence	<input type="checkbox"/> Besoin de rassurer l'entourage	<input type="checkbox"/> Besoin de soulager l'aidant
<input type="checkbox"/> Chute, malaise	<input type="checkbox"/> Veuvage	<input type="checkbox"/> Autre :

Autres informations utiles :

Personne(s) à contacter pour rendez-vous : Nom - Prénom :

Qualité :  : Disponibilité :

Réseau de solidarité potentiel :

2 personnes minimum
Famille, amis ou voisins qui peuvent venir vous apporter de l'aide rapidement.

Intervenant n°1 Nom : Prénom :
Signature (1) 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.....
Adresse courriel :@.....

Intervenant n°2 Nom : Prénom :
Signature (1) 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.....
Adresse courriel :@.....

Intervenant n°3 Nom : Prénom :
Signature (1) Date de Naissance : __/__/____
Rue/Bd
CP Ville Dispose des clés : OUI NON
Disponibilité : totale partielle nuit jour week-end
Aide domicile Enfants Petits-enfants Ami Voisin Autre
☎ domicile ☎ travail ☎ portable.....
Adresse courriel :@.....

Intervenant n°4 Nom : Prénom :
Signature (1) Date de Naissance : __/__/____
Rue/Bd
CP Ville Dispose des clés : OUI NON
Disponibilité : totale partielle nuit jour week-end
Aide domicile Enfants Petits-enfants Ami Voisin Autre
☎ domicile ☎ travail ☎ portable.....
Adresse courriel :@.....

Au cas où le réseau de solidarité ne serait constitué que d'amis ou voisins – Merci de noter ci-dessous les coordonnées d'un membre de la famille de l'abonné(e) :
Nom : Prénom :
Lien de parenté avec l'abonné :
Date de Naissance : __/__/____ ☎ domicile :
Adresse courriel :@.....

Médecin traitant :
Nom : Prénom :
Adresse : CP : Ville :
☎ domicile Adresse courriel :@.....

(1) Nous ajoutons automatiquement **en plus du réseau et du médecin**, les numéros de téléphone des services d'urgence (gendarmerie, pompiers, SAMU).

