présence verte
libres d'être actifs

CCAS LA CRAU

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

à nous retourner complétée accompagnée de la demande d'intervention par mail à provenceazur@presenceverte.fr ou par fax au 04 94 60 39 25

DEMANDEUR (si différent du futur abonné)

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Lien avec le futur abonné : .....

Connaissance de Présence Verte :

- □ Bouche à oreille
- □ Conseil Général (APA)
- □ Résidences pour pers âgées
- □ Médias
- □ Mairies, CCAS
- □ Associations d'aide à domicile
- □ Caisses de retraite
- □ Autre .....
- □ Prof. médicales, paramédicales
- □ CLIC, coordinations gérontologiques
- □ Club d'anciens:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FUTUR ABONNÉ

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

Monsieur : Nom..... Prénom .....
Date de Naissance .....

Votre situation Familiale ☐ Seul ☐ En couple ☐ Vit avec sa famille ☐ Autre .....

Tutelle ☐ Oui ☐ Non Curatelle ☐ Oui ☐ Non

Madame : Nom..... Prénom .....
Date de Naissance .....

Votre situation Familiale ☐ Seule ☐ En couple ☐ Vit avec sa famille ☐ Autre .....

Tutelle ☐ Oui ☐ Non Curatelle ☐ Oui ☐ Non

VOTRE ADRESSE

.....

.....

Etage : .....Numéro de porte..... □ Interphone Code porte/digicode.....

Code Postal : Commune : ... .

Conditions d'accès.....

.....

Type d'habitat :

- □ Maison, avec jardin □ Oui □ Non
- □ Appartement, avec terrasse □ Oui □ Non
- □ Autre à préciser .....

VOTRE N° DE TELEPHONE FIXE: ..... - **Portable :** .....

VOTRE ETAT DE SANTE

Monsieur

VUE	*OUIE*	*ELOCUTION*	*MOBILITE*	*ETAT CARDIO-VASCULAIRE*	*ETAT RESPIRATOIRE*
☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise ☐ Nulle	☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise ☐ Nulle	☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise ☐ Nulle	☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise ☐ Nulle	☐ Bon ☐ Moyen ☐ Mauvais ☐ Très mauvais	☐ Bon ☐ Moyen ☐ Mauvais ☐ Très mauvais

☐ Rien à signaler ☐ Handicap; si oui, préciser……

Madame

VUE	*OUIE*	*ELOCUTION*	*MOBILITE*	*ETAT CARDIO-VASCULAIRE*	*ETAT RESPIRATOIRE*
☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise ☐ Nulle	☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise ☐ Nulle	☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise ☐ Nulle	☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise ☐ Nulle	☐ Bon ☐ Moyen ☐ Mauvais ☐ Très mauvais	☐ Bon ☐ Moyen ☐ Mauvais ☐ Très mauvais

☐ Rien à signaler ☐ Handicap; si oui, préciser……

Médecin traitant :

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : ……

CP : …… Ville : …… ☎ CABINET……

Raisons de l'abonnement :

□ Retour à domicile
□ Besoin de sécurité, de présence
□ Chute, malaise
□ Agression
□ Besoin de rassurer l'entourage
□ Veuvage
□ Absence de l'entourage
□ Besoin de soulager l'aidant
□ Autre : ……

Autres informations utiles :……

RESEAU TELEPHONIQUE DU DOMICILE

Nombre total de téléphones..... dont DECT .....

Y a t-il un dégroupage ?

☐ Oui préciser : ☐ partiel (filtre indispensable) ☐ total (ligne numérique exclusivement) Opérateur : .....

☐ Non (ligne France Telecom)

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

INFORMATION SUR LES PRISES EN CHARGE

Des prises en charge sont éventuellement possibles par plusieurs organismes :

- le Conseil Général dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

  Avez-vous l'APA : □ Oui □ Non □ En cours

- Votre caisse de retraite principale

  Quelle est-elle ? □ CARSAT (Régime général) □ Non retraité
  □ MSA (Régime agricole)
  □ RSI (Régime social des indépendants)
  □ Autre : ……

- Votre mutuelle
- Les impôts : déduction fiscale de 50 % des sommes versées (rentrant dans le cadre des services à la personne) Etes-vous imposable ? □ Oui □ Non

RESEAU DE SOLIDARITE POTENTIEL

Constitution d'un réseau de solidarité avec 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 : __ __/__ __ / __ __ __ __ Lien avec la/le futur(e) bénéficiaire : .....

Rue/Bd .....

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

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

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

Adresse courriel : .....@.....

Intervenant n°2 Nom : ..... Prénom : .....

Signature **(1)** Date de Naissance : __ __/__ __ / __ __ __ __ Lien avec la/le futur(e) bénéficiaire : .....

Rue/Bd .....

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

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

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

Adresse courriel : .....@.....

Intervenant n°3 Nom : ..... Prénom : .....

Signature **(1)** Date de Naissance : __ __/__ __ / __ __ __ __ Lien avec la/le futur(e) bénéficiaire : .....

Rue/Bd .....

CP .....Ville.....Dispose des clés : OUI ☐ NON ☐

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

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

Adresse courriel : .....@.....

Intervenant n°4 Nom : ..... Prénom : .....

Signature **(1)** Date de Naissance : __ __/__ __ / __ __ __ __ Lien avec la/le futur(e) bénéficiaire : .....

Rue/Bd .....

CP .....Ville.....Dispose des clés : OUI ☐ NON ☐

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

☎ 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 : .....

☎ portable et/ou maison :..... .... Adresse courriel : .....@.....

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

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
83008 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 83008 DRAGUIGNAN CEDEX **Tél. 04 94 60 38 51 Fax. 04 94 60 34 29** N° VERT : 0 800 00 25 17 Agrément N° : SAP427667217	

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 ni 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