

Pièces à fournir pour la constitution du dossier

Si vous souhaitez souscrire un abonnement au service de téléalarme proposé par la Communauté de communes du Grand Pic Saint-Loup, vous devez :

- **compléter et signer les documents ci-joints :**
 - demande d'installation et engagement de paiement (pages 1, 2)
 - fiche de renseignements de l'abonné(e) (pages 3, 4)
 - liste des personnes à contacter (pages 5, 6)
 - renseignements médicaux - *facultatif* - (page 7)
- **fournir les documents suivants :**
 - Avis d'imposition ou de non-imposition du foyer pour l'année n-1 (à transmettre tous les ans)
 - Photocopie de l'attestation d'assurance multirisques de l'habitation (à transmettre tous les ans)



Le dossier d'inscription, dûment complété, est à retourner à la Communauté de communes du Grand Pic Saint-Loup.

Adresse postale :

Communauté de communes du Grand Pic Saint-Loup

Service « téléalarme »
Hôtel de la Communauté
25, allée de l'espérance
34270 Saint-Mathieu-de-Trévières

Contact : Émilie Tempier - 04 67 55 87 27 - e.tempier@ccgpsl.fr

Conditions d'utilisation du matériel

Pour le service téléalarme :

- Le matériel reste propriété insaisissable et inaliénable de la société SERENITIS.
- Le matériel mis à la disposition du bénéficiaire est régulièrement entretenu : les réparations sont exclusivement effectuées par la société SERENITIS.
- L'autocontrôle de l'appareil s'effectue régulièrement : il peut provoquer quelques sons brefs ou interrompre une communication téléphonique.



Pour l'utilisateur :

- Préalablement à l'installation du transmetteur, l'utilisateur doit posséder une assurance multirisques habitation.
- L'utilisateur doit avoir des installations électrique et téléphonique conformes aux normes en vigueur (CE).
- Les autocontrôles de l'appareil entraînent des surcoûts téléphoniques à la charge de l'abonné.
- L'abonné est responsable de l'utilisation du matériel et des conséquences qui pourraient résulter de la mauvaise utilisation de celui-ci.
- L'utilisateur doit communiquer tous les ans, dès réception, à la Communauté de communes du Grand Pic Saint-Loup, une copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition adressé par l'administration fiscale. Le tarif d'abonnement au service de la téléalarme, est fixé tous les ans par délibération de la Communauté de communes du Grand Pic Saint-Loup.
- L'utilisateur doit s'acquitter de son abonnement au vu d'une facture émise en fin de chaque mois ou trimestre par la Communauté de communes du Grand Pic Saint-Loup.
- La facturation ne peut-être interrompue pendant une absence, quelle qu'en soit la durée.
- Tout mois commencé est dû hormis en cas de décès – la location de l'appareil s'arrête au moment de la récupération du transmetteur.
- Les usagers sont avertis que les informations données lors de la constitution de leur dossier peuvent faire l'objet d'un traitement automatisé, à l'exception des renseignements médicaux soumis à confidentialité.
- **Tout changement d'adresse ou de téléphone doit être signalé impérativement à la Communauté de communes du Grand Pic Saint-Loup dans le mois qui suit.**

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES

Matériel conforme à la norme européenne « Alarme sociale » EN 50134.

Transmetteur :

Bloc alimentation secteur externe.
Alimentation secondaire par batterie NIMH de 6 V / 1,5 Ah fournie avec le terminal.
Autonomie sur coupure secteur :
36 heures minimum.

Déclencheur :

Dimensions : 43 x 39 mm
Épaisseur : 1,3 cm
Poids : 20 gr
Portée : 50 à 100 m selon la configuration du logement (surface, épaisseur des murs...)
Alimentation : 1 pile lithium CR123.
Autonomie de 3 ans, à raison d'un appel par jour.
Détection de pile basse.
Chaînette de pendentif équipée d'un système anti-strangulation.
Étanchéité IP 54 (ruissellement ou immersion brève).

Abonné(e) : Nom, prénom : Adresse : Téléphone : Ligne de téléphone équipement :
Personne à contacter pour la prise de rendez-vous : Nom, prénom : Téléphone : Remarque :

Renseignements concernant l'installation demandée :

Communication :	<input type="checkbox"/> Prise téléphonique classique (absence de Box Internet) <input type="checkbox"/> Présence de Box Internet (dégrouperage total) <input type="checkbox"/> Passerelle GSM + carte SIM
Options supplémentaires (facultatives et entièrement à la charge de l'abonné(e) - voir fiche des tarifs) :	<input type="checkbox"/> Médaillon supplémentaire (gratuit) <input type="checkbox"/> Téléassistance mobile géolocalisée <input type="checkbox"/> Boîte à clés <input type="checkbox"/> Garde de clé <input type="checkbox"/> Tirette d'appel Déclencheurs handicap : <input type="checkbox"/> Poire d'appel <input type="checkbox"/> Déclencheur coussin <input type="checkbox"/> Détecteur de chute brutale <input type="checkbox"/> Déclencheur pied <input type="checkbox"/> Détecteur de fumée <input type="checkbox"/> Déclencheur effleurement <input type="checkbox"/> Boîtier d'interphonie déporté <input type="checkbox"/> Détecteur au souffle

engagement de paiement

Ressources mensuelles :
(ligne 25 de l'avis d'imposition de l'année n-1 « revenu fiscal de référence » / 12 mois)

Montant de l'abonnement mensuel :

Je, soussigné(e)

m'engage à payer la somme de euros (€) d'abonnement mensuel par chèque à

l'ordre du « Trésor public » afin de bénéficier du service de téléalarme de la Communauté de communes du

Grand Pic Saint-Loup qui procédera au recouvrement par trimestre échu.

attestation

Je, soussigné(e)

déclare avoir pris connaissance des conditions d'installation du transmetteur et des obligations qui m'incombent, énoncées ci-joint (voir page « Conditions d'utilisation du matériel »).

A, le

« Lu et approuvé »

Le bénéficiaire :

Signature :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : F M

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Adresse :

N° : Rue :

Code postal : Ville :

Autres personnes vivant au foyer (préciser nom, prénom, âge, lien de parenté) :

Type d'habitation : Maison Logement individuel Résidence

Code d'entrée :

Bâtiment : Escalier : Étage : Porte : face gauche droite

Autres précisions concernant l'accès : aisé difficile sur rue sur cour

Nota : cette fiche devra être remplie à chaque changement de domicile et adressée à la Communauté de communes du Grand Pic Saint-Loup

Condition physique :

Ouïe : bonne moyenne mauvaise

Vue : bonne moyenne mauvaise

Mobilité : bonne moyenne mauvaise

Élocution : bonne moyenne mauvaise

Médecin traitant :

Nom, prénom :

Adresse du cabinet :

Téléphone : Portable : Tél. urgence :

En cas d'hospitalisation, établissement souhaité de préférence :

Nom : Téléphone :

Adresse :

.....

.....

Nota : cette fiche devra être remplie à chaque changement de domicile et adressée à la Communauté de communes du Grand Pic Saint-Loup

Je, soussigné(e)....., bénéficiaire du service SERENITIS, autorise le service Téléassistance SERENITIS à me faire parvenir les moyens de secours appropriés (SAMU, pompiers, police, ambulance...) surtout en cas d'absence ou de défaillance de mon comité de parrainage (parents absents ou injoignables). Je m'engage à prendre en charge les frais occasionnés. Je m'engage également à notifier toute modification des données me concernant.

A, le

Signature :

Personne n°1 à prévenir en cas d'événement (tuteur, famille, ami, voisin, gardien...)

Nom : Prénom : Age :

La personne dispose-t-elle des clés ? OUI NON Disponibilité : jour nuit

Qualité (tuteur, famille, ami, voisin, gardien...) :

Adresse :

Téléphone domicile : Téléphone travail :

Téléphone portable 1 : Téléphone portable 2 :

Distance du domicile en kilomètres :, en temps :

Personne n°2 à prévenir en cas d'événement (tuteur, famille, ami, voisin, gardien...)

Nom : Prénom : Age :

La personne dispose-t-elle des clés ? OUI NON Disponibilité : jour nuit

Qualité (tuteur, famille, ami, voisin, gardien...) :

Adresse :

Téléphone domicile : Téléphone travail :

Téléphone portable 1 : Téléphone portable 2 :

Distance du domicile en kilomètres :, en temps :

Personne à prévenir en cas d'événement grave (hospitalisation, problème médical grave...)

Nom : Prénom : Age :

La personne dispose-t-elle des clés ? OUI NON Disponibilité : jour nuit

Qualité (tuteur, famille, ami, voisin, gardien...) :

Adresse :

Téléphone domicile : Téléphone travail :

Téléphone portable 1 : Téléphone portable 2 :

Distance du domicile en kilomètres :, en temps :



*A faire remplir par le médecin traitant lors d'une prochaine consultation
Cette fiche confidentielle, dont l'utilisation est couverte par le secret médical,
est destinée à faciliter l'action des services médicaux d'urgence.*

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Situation familiale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Antécédents :

Pathologie prédominante actuelle :

Traitement en cours :

Nature du handicap :

Groupe sanguin : Allergie :

Condition physique :

Ouïe : bonne moyenne mauvaise

Vue : bonne moyenne mauvaise

Mobilité : bonne moyenne mauvaise

Élocution : bonne moyenne mauvaise

