

Signature

Je m'engage à obtenir l'accord des personnes ci-dessus pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant et permettant de rendre le service de la téléassistance.

J'autorise Bluelinea à me faire parvenir les moyens de secours appropriés et, en cas de défaillance de mon réseau de proximité (personnes dépositaires des clés de mon), accepte que ceux-ci pénètrent mon domicile par tout moyen utile pour me porter assistance sans que Bluelinea puisse en aucun cas être tenu responsable des éventuels dégâts en résultant (porte, vitres, etc.).

« Je m'engage par ailleurs à prendre en charge les frais occasionnés. »

Je suis avisé(e) que la loi du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, me garantit un droit d'accès et de rectification de ces données auprès du CCAS d'Antony ou de Bluelinea.

Je suis informé(e) que les données recueillies font l'objet d'un traitement informatisé visant à la gestion de la prestation. Ces données restent confidentielles, transmises uniquement à Bluelinea pour le compte du CCAS d'Antony et que je peux à tout moment accéder aux informations transmises.

Fait à :

Le :

Signature du bénéficiaire ou
de son représentant légal :

Signature et cachet du CCAS :

Document à retourner à l'adresse postale suivante :

Hôtel de ville – Service CCAS – Place de l'hôtel de ville
BP 60086 – 92161 Antony Cedex – Tél : 01.40.96.71.39

Fiche de renseignements

Coordonnées du (des) bénéficiaire(s)

Bénéficiaire 1	Bénéficiaire 2
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Date de naissance :/...../.....

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse :

CP : Ville :

Bâtiment : Escalier : Etage :

Porte N° : Code d'accès :

Précisions complémentaires d'accès au domicile :
.....
.....

Situation familiale

Célibataire Marié(e) Veuf(ve)

Typologie du logement

Appartement Maison Résidence spécialisée

Autres personnes au foyer :

Ligne téléphonique

Analogique Fournisseur :

Dégrouper Fournisseur :

Fibre optique Fournisseur :

Absence de ligne



« La téléassistance : un service financé avec
l'aide du conseil départemental des Hauts de Seine »



Informations de santé

Bénéficiaire 1	Bon	Moyen	Mauvais	Bénéficiaire 2	Bon	Moyen	Mauvais
Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Canne			<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Canne		
<input type="checkbox"/> Appareil auditif				<input type="checkbox"/> Appareil auditif			

Précisions utiles

.....
.....

Votre médecin traitant

Nom : Tél :

E-mail :

Installation

Matériels

- Transmetteur domicile
- Dispositif d'Alerte géolocalisé
(utilisable à l'extérieur également)

Options

- Détecteur de chutes
- Coffre à clés

Personne à contacter pour l'installation

Nom : Prénom :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

E-mail :

Réseau de proximité

Contact 1 – Dépositaire des clés

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone travail :

Courriel : Lien avec l'abonné :

Temps de parcours : minutes (recommandé : moins de 45 mn)

Contact 2 – Dépositaire des clés

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone travail :

Courriel : Lien avec l'abonné :

Temps de parcours : minutes (recommandé : moins de 45 mn)

Contact 3 – Dépositaire des clés

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone travail :

Courriel : Lien avec l'abonné :

Temps de parcours : minutes (recommandé : moins de 45 mn)

Personne référente à prévenir en cas de problème constaté

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone travail :

Courriel : Lien avec l'abonné :