

DOSSIER DE SOUSCRIPTION POUR LES SOLUTIONS

► SECURITE : TÉLÉASSISTANCE CLASSIQUE



► MOBILITE : TÉLÉPHONE PORTABLE AVEC BOUTON D'ASSISTANCE



Nous portons particulièrement votre attention sur le fait que **toute information incomplète ou erronée peut nuire à la qualité du service rendu et ralentir la mise en place de la téléassistance.** Nous vous demandons donc une grande rigueur dans les réponses que vous apporterez.

Après réception du dossier complet, nous prendrons contact pour fixer la date d'intervention d'un technicien pour l'installation du matériel de téléassistance à votre domicile.

GRILLE TARIFAIRE au 01 janvier 2017 Nouveaux clients

▶ SOLUTION SECURITE : téléassistance pour être sécurisé à domicile (durée d'engagement minimum : 3 mois) **Installation gratuite**

○ Abonnement mensuel individuel avec ou sans ligne de téléphone fixe	26,90 €
○ OPTION Bracelet ou pendentif pour une 2 ^{ème} personne	4,00 €
○ OPTION Bracelet détecteur de chutes brutales	5,00 €
○ OPTION Montre d'appel (avec affichage de l'heure)	8,00 €
○ OPTION Détecteur de fumée	5,00 € + 10,00 € d'installation
○ OPTION Boîtier à clés blindés	5,00 € + 10,00 € d'installation
○ OPTION Détecteur d'inactivité	8,00 €
○ OPTION Eclairage automatisé	Sur devis

▶ SOLUTION MOBILITE : convient aux personnes autonomes, sortant seules à l'extérieur (durée d'engagement minimum : 12 mois) **Mise en service gratuite**

COTE D'OR – YONNE - NIÈVRE	
○ Abonnement mensuel 1 Heure + 50 SMS (sans bracelet ou pendentif)	33,00 €
○ Abonnement mensuel 2 Heures + 50 SMS (sans bracelet ou pendentif)	36,00 €
○ Abonnement mensuel 3 Heures + 50 SMS (sans bracelet ou pendentif)	39,00 €
○ OPTION émetteur bracelet ou pendentif	2,00 €
○ OPTION boîtier à clé blindés	5,00 € + 10,00 € d'installation

ETAT GENERAL

Informations indispensables

DEGRE DE DEPENDANCE :

(1 critère au choix)

- aucun
 pouvant occasionnellement justifier de tâches ponctuelles
 nécessitant de l'aide uniquement pour certains actes quotidiens
 justifiant le besoin d'aide pour tous les actes ordinaires de la vie

Le retour à domicile est prévu le ___/___/20___ à ___H___

VUE :	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MAUVAIS	<input type="checkbox"/> NUL
OUÏE :	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MAUVAIS	<input type="checkbox"/> NUL
ELOCUTION :	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MAUVAIS	<input type="checkbox"/> NUL
MOBILITE :	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MAUVAIS	<input type="checkbox"/> NUL
COHERENCE :	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MAUVAIS	<input type="checkbox"/> NUL
ORIENTATION :	<input type="checkbox"/> BON	<input type="checkbox"/> MAUVAIS	<input type="checkbox"/> NUL

Faites-vous une allergie à un médicament ? Si oui, lequel ? _____

Faites-vous une autre allergie ? Si oui, laquelle ? _____

ANTECEDENTS MEDICAUX

Avez-vous déjà eu :

- Infarctus AVC Coliques néphrétiques Epilepsie Fracture du col du fémur

RISQUES MEDICAUX

ne pas cocher plus de 5 cases

Etes-vous actuellement suivi(e) pour :

Une maladie cardio-vasculaire

- Angine de poitrine Infarctus Hypertension Trouble du rythme Tachycardie

Une maladie pulmonaire

- Asthme Insuffisance respiratoire

Une maladie neurologique

- Maladie d'Alzheimer AVC Epilepsie Maladie de Parkinson

Du diabète

Autre : _____

APPAREILLAGES

Avez-vous :

- Pace-maker Prothèse de hanche Prothèse auditive
 Oxygène / Respirateur PMR : Personne à mobilité réduite

MEDECIN TRAITANT :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

_____| Ville : ☎ _____

ENTOURAGE, VOISINAGE (famille, amis, voisins ...)

Compléter obligatoirement 2 personnes OU 1 seule personne + option boîtier à clé (toléré)

N° 1 obligatoire NOM Prénom **CLÉ : OUI** *Obligatoire*

Adresse (n° et rue) :

_____|_____|_____|_____| Ville :

Tel Domicile : Tel Travail : Tel Portable :

E-mail :

◆ Cette personne peut être appelée (cocher 1 ou plusieurs cases) Jour Soir Nuit Week-end

◆ En combien de temps peut-il / elle se rendre chez l'abonné ? 5mn 10mn 15mn

◆ **Lien avec l'abonné (précis) :** Cette personne est le référent familial

N° 2 obligatoire NOM Prénom **CLÉ : OUI** *Obligatoire*

Adresse (n° et rue) :

_____|_____|_____|_____| Ville :

Tel Domicile : Tel Travail : Tel Portable :

E-mail :

◆ Cette personne peut être appelée (cocher 1 ou plusieurs cases) Jour Soir Nuit Week-end

◆ En combien de temps peut-il / elle se rendre chez l'abonné ? 5mn 10mn 15mn

◆ **Lien avec l'abonné (précis) :** Cette personne est le référent familial

N° 3 NOM Prénom **CLÉ : OUI**

Adresse (n° et rue) :

_____|_____|_____|_____| Ville :

Tel Domicile : Tel Travail : Tel Portable :

E-mail :

◆ Cette personne peut être appelée (cocher 1 ou plusieurs cases) Jour Soir Nuit Week-end

◆ En combien de temps peut-il / elle se rendre chez l'abonné ? 5mn 10mn 15mn 20mn et plus

◆ **Lien avec l'abonné (précis) :** Cette personne est le référent familial

N° 4 NOM Prénom **CLÉ : OUI**

Adresse (n° et rue) :

_____|_____|_____|_____| Ville :

Tel Domicile : Tel Travail : Tel Portable :

E-mail :

◆ Cette personne peut être appelée (cocher 1 ou plusieurs cases) Jour Soir Nuit Week-end

◆ En combien de temps peut-il / elle se rendre chez l'abonné ? 5mn 10mn 15mn 20mn et plus

◆ **Lien avec l'abonné (précis) :** Cette personne est le référent familial

Référent familial : à compléter s'il n'est pas indiqué dans la partie «entourage, voisinage» (obligatoire)

NOM **Prénom**

Adresse (n° et rue) :

_____|_____|_____|_____| **Ville :**

Tel Domicile : **Tel Travail :** **Tel Portable :**

E-mail :

◆ **Lien avec l'abonné (précis) :**

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

L'abonné est sous tutelle sous curatelle renforcée sous curatelle simple

Gérant de tutelle ou curatelle : Nom/Prénom :

Adresse :

_____|_____|_____|_____| Ville :

Tel : Fax : Portable :

E-mail :

RENSEIGNEMENTS POUR L'INSTALLATION

- Vous habitez :** un appartement une maison une chambre en résidence
Avec jardin cour étage / grenier sous-sol / cave dépendances
- > Avez-vous un téléphone près de votre lit ? : Oui Non
> Votre téléphone passe-t-il par une box Oui Non
> Avez-vous INTERNET à votre domicile Oui Non

Répondez également aux questions ci-dessous, UNIQUEMENT si vous souhaitez le **TÉLÉPHONE PORTABLE** :

- > Avez-vous déjà un abonnement téléphonique mobile ? Oui Non
Si OUI, souhaitez-vous utiliser votre numéro actuel ?* Oui Non
Si OUI, Indiquez le N° de téléphone de la ligne à conserver
Indiquez le N° RIO (Relevé d'Identité Opérateur)

Pour obtenir le N° RIO, appelez le 3179 depuis votre téléphone mobile.

*En cas d'engagement avec l'ancien opérateur téléphonique, les frais de résiliation sont à votre charge.

OPTIONS COMPLÉMENTAIRES (voir tarifs en page 1 et descriptifs dans le livret des options)

▶▶ avec la solution SECURITE – TELEASSISTANCE CLASSIQUE ▶▶

l'appareil est fourni avec un boîtier transmetteur et un émetteur (en montre ou en pendentif)

- ❶ Souhaitez-vous la pose d'un boîtier à clé blindé pour faciliter l'accès à votre entourage, aux secours et/ou à vos intervenants (aide à domicile, infirmière...) ? Oui Non

Cette option est impérative dans le cas où votre « Comité de Voisinage » n'est constitué que d'une seule personne.

Joindre l'autorisation écrite du syndic ou de l'office HLM.

- ❷ Souhaitez-vous être équipé du bracelet détecteur de chutes brutales ? Oui Non

(remplace l'émetteur traditionnel fourni avec l'abonnement de base)

- ❸ Souhaitez-vous l'installation de détecteur(s) de fumée couplé(s) à la téléassistance classique ? Oui Non

- ❹ Souhaitez-vous être équipé de la montre d'appel (avec affichage de l'heure) ? Oui Non

(remplace l'émetteur traditionnel fourni avec l'abonnement de base)

- ❺ Souhaitez-vous l'installation d'un détecteur d'inactivité ? Oui Non

▶▶ TÉLÉPHONE PORTABLE AVEC BOUTON D'ASSISTANCE ▶▶

- ❶ Souhaitez-vous un bracelet ou pendentif (option) ? Oui Non

- ❷ Souhaitez-vous la pose d'un boîtier à clé blindé pour faciliter l'accès à votre entourage et/ou à vos intervenants (aide à domicile, infirmière...) ? Oui Non

Cette option est impérative dans le cas où votre « Comité de Voisinage » n'est constitué que d'une seule personne.

Joindre l'autorisation écrite du syndic ou de l'office HLM.

SERVICES DE MAINTIEN A DOMICILE EXISTANTS

	NOM DU SERVICE	TELEPHONE DU SERVICE	FREQUENCE DE PASSAGE DU SERVICE	CLES
AIDE A DOMICILE	<input type="checkbox"/> ATOME <input type="checkbox"/> UNA	 H <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
PORTAGE DE REPAS	<input type="checkbox"/> ATOME		<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
SOINS A DOMICILE	<input type="checkbox"/> ATOME		<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autres services			<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

CONVIVIALITE

Avez-vous des contacts réguliers et êtes-vous aidé(e) par votre famille OUI NON
vos amis, votre voisinage OUI NON

CONTACTS

Tous les courriers sont à adresser à : L'abonné(e) OU Le référent familial

Le rendez-vous pour l'installation est à prendre avec : L'abonné(e) OU Le référent familial OU Autre

Vous avez connu ATOME Téléassistance Mutualiste par :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agence ATOME de votre secteur | <input type="checkbox"/> Correspondant(e)-bénévole ATOME | <input type="checkbox"/> Mutualité Française Bourguignonne – SSAM |
| <input type="checkbox"/> Intervenants à domicile ATOME | <input type="checkbox"/> Infirmier(e) libéral(e) | <input type="checkbox"/> Hôpitaux / Cliniques : |
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | | <input type="checkbox"/> Maison de convalescence : |
| <input type="checkbox"/> Mairie | <input type="checkbox"/> Bouche à oreille | <input type="checkbox"/> Mutuelle ou Caisse de retraite : |
| <input type="checkbox"/> Autre | | |
| <input type="checkbox"/> Association UNA Yonne ou UNA Nièvre | | |

L'abonné(e) accepte les conditions et certifie l'exactitude des renseignements portés au présent dossier.
Ces informations sont indispensables pour assurer un service efficace et de bonne qualité.

FAIT à Le ____/____/20____

Signature :

🔑 Pièces à fournir :

- Dossier de souscription
- Relevé d'Identité Bancaire ou Postal
- Autorisation écrite du syndic ou de l'office HLM pour pose d'un boîtier à clé en immeuble
- Tampon de l'association UNA (départements Yonne et Nièvre uniquement)

Information à fournir aux abonnés lors de l'enquête :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire d'enquête par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Service de Téléassistance ATOME.