

TELEASSISTANCE 93
DEMANDE DE RACCORDEMENT

C.C.A.S. D'EPINAY SUR SEINE

Date de la demande :

Destinataire : **VITARIS**

Mail : teleassistance93@vitaris.fr

Tél : **0810.11.12.00**

COORDONNEES DU BENEFICIAIRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ligne téléphone:

Opérateur téléphonique :

PERSONNE A CONTACTER POUR LE RENDEZ-VOUS

Nom :

Prénom :

Qualité :

Téléphone :

PRISE EN CHARGE CCAS - Rempli par le service

NOTES

Signature :

FICHE ABONNE TELEASSISTANCE

DELEGATION DE SERVICE PUBLIC DU CONSEIL GENERAL DE LA SEINE SAINT-DENIS

Téléphone / Télécopie / Mail : 0810 11 12 00 - 03 85 73 09 60 - teleassistance93@vitaris.fr

N° Abonné :
Date d'effet : Heure de prise en compte :

☐ Détecteur de fumée ☐ Détecteur d'absence de mouvement

Informations concernant l'abonné :

Nom :
Prénom : Date de naissance :
Prénom 2ème pers. : Date de naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : Portable :
Ligne analogique : ☐ Degroupage : ☐ Partiel ☐ Total
Accès au logement : Bât : Etage : Porte : Code porte d'entrée :
☐ Maison ☐ Appt. ☐ Boîtier à clés extérieur ☐ Code boîtier : ☐ Porte blindée
Santé : ☐ Chutes Fréquentes ☐ Malentendant ☐ Malvoyant ☐ Mauvaise élocution ☐ Diabète
☐ Assistance respiratoire ☐ Problèmes cardiaques ☐ Troubles cognitifs ☐ Fauteuil roulant
Observations complémentaires :

Personnes à prévenir (par ordre de priorité) :

~1~	~2~
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Qualité :	Qualité :
Adresse :	Adresse :
C.P : Ville :	C.P : Ville :
Tel 1 :	Tel 1 :
Tel 2 :	Tel 2 :
Tel 3 :	Tel 3 :
Disponibilité : ☐ 24h/24h ☐ Autres	Disponibilité : ☐ 24h/24h ☐ Autres
Clés : ☐ Oui ☐ Non	Clés : ☐ Oui ☐ Non
~3~	~4~
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Qualité :	Qualité :
Adresse :	Adresse :
C.P : Ville :	C.P : Ville :
Tel 1 :	Tel 1 :
Tel 2 :	Tel 2 :
Tel 3 :	Tel 3 :
Disponibilité : ☐ 24h/24h ☐ Autres	Disponibilité : ☐ 24h/24h ☐ Autres
Clés : ☐ Oui ☐ Non	Clés : ☐ Oui ☐ Non

Médecin traitant : Dr Tel 1 :
Tel 2 :

Conformément à la loi "informatique et liberté" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

SIGNATURE :

TELEASSISTANCE 93 DEMANDE DE RESILIATION

C.C.A.S. de :

Date de la demande :

Destinataire : **VITARIS**

Mail : teleassistance93@vitaris.fr

Tél : **0810.11.12.00**

COORDONNEES DU BENEFICIAIRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel :

MOTIF DE RESILIATION

- ☐ DECES
- ☐ MAISON DE RETRAITE
- ☐ HÔPITAL
- ☐ INADAPTE
- ☐ CHANGEMENT DE DOMICILE
- ☐ MEILLEURE SANTE
- ☐ MECONTENT
- ☐ TIERCE PERSONNE
- ☐ PAS DE RAISONS CONNUES

RETOUR APPAREIL

- ☐ A DISPOSITION DU CCAS
- ☐ A RETIRER AU DOMICILE DU BENEFICIAIRE
- ☐ AUTRE DEPOSITAIRE, A PRECISER

NOM _____

QUALITE _____

TEL _____

ADRESSE _____

NOTES

Signature :