

N° ABONNE :

COMMUNE :

N° TRANS. :

NOM :

.....

PRENOM :

.....

TÉLÉPHONE :

.....

TELEALARME 74

Dossier téléchargé sur le site Age + 74

Composition du dossier :

- Contrat d'abonnement
- Demande de prélèvement automatique
- Relevé d'identité bancaire ou postal

Signature de l'assistante sociale
(ou du demandeur)

Personne à prévenir pour l'installation de l'appareil :

Nom et Prénom :

Relation avec l'abonné : Téléphone :

EMPLACEMENT RESERVE AU SERVICE TECHNIQUE

Technique :

Nombre de prise(s) téléphonique(s)

Nombre de téléphone(s)

ADSL oui non

Situation du transmetteur :

Nombre de médaillon(s)

Nombre de montre(s)

Divers :

Complément d'informations lors de l'installation :

.....

.....

.....

.....

TÉLÉALARME 74

39, avenue de la Plaine

74000 ANNECY

Tél : 04 50 33 20 60 ou 04 50 22 76 48

Fax : 04 50 33 20 51

E-mail : telealarme74@cg74.fr



**ATTENTION : lire attentivement page 4
avec la personne concernée avant de compléter ce dossier**

N° ABONNÉ

--	--	--	--	--	--

1 IDENTITE DE L'ABONNE	
NOM DE L'ABONNE <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="text"/>	N° DE TELEPHONE <input type="text"/>
PRENOM DE L'ABONNE <input type="text"/>	DATE DE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Vivez-vous seul(e) ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si non, avec qui vivez-vous, lien de parenté ? : NOM <input type="text"/>	
PRENOM <input type="text"/>	DATE DE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Cette personne désire-t-elle être équipée d'un pendentif ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

2 ACCES AU LOGEMENT	
N° : ADRESSE : BATIMENT : ENTREE : LIEU-DIT ou HAMEAU : CODE POSTAL : COMMUNE :	
S'agit-il ? - d'un appartement ? OUI <input type="checkbox"/> N° de votre appartement : Etage : Interphone : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Code d'entrée : - d'une grande propriété <input type="checkbox"/> d'une maison <input type="checkbox"/> d'un chalet <input type="checkbox"/> d'une ferme <input type="checkbox"/>	
Observations complémentaires sur l'accès, la localisation, etc. : L'abonné se déplace-t-il à l'extérieur : (jardin, hangar, cave, garage,...) ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Possédez-vous un chien ou un autre animal susceptible de gêner ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

3 INTERVENANTS A PREVENIR EN CAS D'APPEL DE L'ABONNE			
NOM PRENOM ADRESSE PRECISE CP - COMMUNE RELATION <input type="checkbox"/> PERSONNEL <input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL <input type="checkbox"/> PORTABLE	①	②	
	INTERVENTION EN MOINS DE 10 mn OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> POSSESSION DES CLES DE L'ABONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
NOM PRENOM ADRESSE PRECISE CP - COMMUNE RELATION <input type="checkbox"/> PERSONNEL <input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL <input type="checkbox"/> PORTABLE	③	④	
	INTERVENTION EN MOINS DE 10 mn OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> POSSESSION DES CLES DE L'ABONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

4	AUTRES PERSONNES A PREVENIR				
NOM PRENOM ADRESSE PRECISE CP - COMMUNE RELATION ☎ PERSONNEL ☎ PROFESSIONNEL ☎ PORTABLE	①	②			
POSSESSION DES CLES DE L'ABONNE		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

5	OBSERVATIONS SUR L'ETAT DE SANTE DE OU DES ABONNES							
1^{ère} Personne : M. <input type="checkbox"/> ou Mme <input type="checkbox"/> Vue : Ouïe : Elocution : Mobilité : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Aveugle <input type="checkbox"/> Sourd <input type="checkbox"/> Ne parle pas <input type="checkbox"/> Alité Aide au déplacement : <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> fauteuil roulant				2^{ème} Personne : M. <input type="checkbox"/> ou Mme <input type="checkbox"/> Vue : Ouïe : Elocution : Mobilité : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Aveugle <input type="checkbox"/> Sourd <input type="checkbox"/> Ne parle pas <input type="checkbox"/> Alité Aide au déplacement : <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> fauteuil roulant				

6	COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT	
NOM PRENOM ADRESSE PRECISE ☎ CABINET ☎ DOMICILE (FACULT.)	Dr :	

7	ETABLISSEMENT OU L'ABONNE VOUDRAIT AU BESOIN ETRE SOIGNE		
TYPE	HOPITAL	CLINIQUE	
NOM COMMUNE	

8	INFORMATIONS DIVERSES	
Informations que vous jugez importantes :		
L'abonné perçoit-il l'A.P.A. (Allocation Personnalisée d'Autonomie) : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

9	INFORMATIONS TECHNIQUES	
- Prise 220 V :	Libre <input type="checkbox"/>	Occupée <input type="checkbox"/>
- Emplacement de l'appareil :		

A le
 Signature :

Dossier établi par :
 Nom :
 Qualité :
 Signature :

COMMENT REMPLIR UN DOSSIER

(A lire obligatoirement par l'enquêteur avec l'abonné avant de remplir un dossier)

1 - Identité de l'abonné

Ecrire proprement et lisiblement en lettres capitales dans les cases.

Donner l'adresse précise.

Si la téléalarme concerne une seconde personne, indiquer son identité.

2 - Accès au logement

Indiquer toute(s) information(s) importante(s) pour l'accès des pompiers : (une porte ou une fenêtre toujours ouverte, un lieu où récupérer les clés). En milieu rural, indiquer la localisation de la propriété ou ses caractéristiques...

Préciser à l'abonné de ne pas utiliser son entrebailleur de porte pour laisser libre accès à son logement depuis l'extérieur, et de ne pas laisser ses clefs dans la serrure.

3 - Intervenants à prévenir en cas d'appel de l'abonné

L'intervenant doit être une personne apte à intervenir dans les meilleurs délais chez l'abonné. Avec son accord, il devra avoir accès au domicile et posséder les clés du logement de l'abonné. Il devra être capable de relever la personne si elle a chuté.

Pour une bonne gestion du téléalarme, il est indispensable de donner au moins 2 intervenants. Incrire autant d'intervenants que possible. Plus ils seront nombreux, meilleur sera le secours apporté.

Incrire les différents intervenants dans l'ordre de priorité d'appel dans les cases numérotées de 1 à 4, en donnant obligatoirement leur relation avec l'abonné (lien de parenté, voisin, ami, aide ménagère, infirmière, concierge,...). Au-delà de 4 intervenants, les ajouter sur une feuille libre.

Ne pas inscrire d'intervenants trop éloignés ou trop âgés qui ne peuvent pas intervenir chez l'abonné (voir rubrique 4, autres personnes à prévenir).

Attention à l'utilisation d'un répondeur téléphonique chez l'intervenant, le pompier ne laissera aucun message, mais cherchera à joindre une autre personne.

4 - Autres personnes à prévenir

Donner les personnes à prévenir en cas d'urgence ou susceptibles d'être contactées pour information sur l'abonné. Exemple : famille trop éloignée, ou des personnes trop âgées pour intervenir matériellement chez l'abonné, mais susceptibles de donner l'accès au logement.

5 - Observations sur l'état de santé de l'abonné

Cocher Oui si la déficience est importante, puis indiquer si elle est corrigée.

Les données médicales restent confidentielles et ne doivent être communiquées qu'avec l'accord de l'abonné.

6 - Coordonnées du médecin

Si le médecin accepte d'être dérangé hors horaires de son cabinet, indiquer son téléphone personnel.

7 - Etablissement

La décision du médecin ou des pompiers reste prioritaire. Les pompiers transportent en principe leurs patients au service des urgences de l'établissement public le plus proche. Prévenir l'abonné que son choix ne sera pas forcément adopté.

8 - Informations diverses

Indiquer tout ce qui peut être utile (déficiences, isolement, anxiété,...).

9 - Informations techniques

Le transmetteur téléalarme doit être installé près d'une prise téléphone (libre ou occupée) et d'une prise électrique. Si ces deux prises sont trop éloignées l'une de l'autre, appeler le service technique de la Téléalarme au 04 50 33 20 60 ou 04 50 22 76 48

Si la prise électrique est occupée, l'abonné doit prévoir une multiprise pour le jour de l'installation du transmetteur.

L'installation téléphonique doit impérativement être de type analogique, différenciée du réseau ADSL. En cas de dégroupage partiel ou total, le raccordement d'un boîtier téléalarme est impossible.

POLE RESSOURCES

Direction de l'Informatique et des Télécommunications

Service Téléalarme

39, avenue de la Plaine

74000 Annecy

tél. 04.50.33.20.60 - fax 04.50.33.20.51

ABONNE N° /

Contrat d'abonnement de téléassistance

Entre :

M..... Téléphone :

Demeurant :

*d'une part,**et*Le Département de Haute-Savoie, 1 rue du 30^{ème} Régiment d'Infanterie, BP 2444, 74041 ANNECY Cedex, représenté par son Président en exercice, Monsieur Christian MONTEIL, dûment habilité.*d'autre part,*

Vu la décision prise lors de la séance du Conseil Général en date du 15 décembre 1986, il a été arrêté et convenu ce qui suit :

Article 1er : Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de définir les conditions d'abonnement à la téléalarme, système de téléassistance à distance des personnes ainsi que les obligations respectives de chacune des parties.

Article 2 : Obligations respectives des parties

2.1 - L'abonné :

- Il dispose à son domicile d'un transmetteur téléphonique automatique relié à une centrale d'écoute permanente par le réseau de télécommunication de type analogique. Afin de permettre le raccordement du transmetteur, l'abonné s'engage à mettre à disposition dans son habitation, une installation téléphonique équipée d'une prise téléphonique (conjoncteur) situé à proximité d'une prise électrique 220V en état de fonctionnement.

- Il s'engage à disposer d'une liaison analogique excluant tout raccordement sur support ADSL et modem ADSL. Si l'abonné ne dispose pas d'une ligne analogique mais d'une ligne ADSL, numérique ou autre il accepte les risques suivants :

- Impossibilité d'utiliser la téléassistance en cas de panne électrique empêchant le modem (box) de fonctionner
- Dysfonctionnement dû à l'instabilité de la ligne de type ADSL, numérique ou autre
- Modem (box) ne permettant pas un dialogue conforme à l'usage de la téléalarme

- L'abonné indique, avant l'installation de la téléalarme, son réseau d'intervenants (2 minimum) au Département de Haute-Savoie;

2.2 - Le Département de Haute-Savoie :

- installe le matériel de téléassistance (voir article 3) dont il reste propriétaire ;
- vérifie périodiquement son bon fonctionnement ;
- assure sa maintenance ;
- assure en collaboration avec le Service Départemental d'Incendie et de Secours, une écoute 24 heures sur 24 ;
- déclenche et suit les éventuelles interventions d'assistance et de secours. A cet effet, il transmet avec toute la confidentialité nécessaire, une fiche comprenant les informations fournies par l'abonné (coordonnées personnelles et réseau d'intervenants) avant l'installation ainsi que s'il le souhaite, une fiche « santé » à l'intention du médecin du SAMU ;

- assure le recours au réseau d'intervenants communiqué par l'abonné. Les communications des appels de secours ou de contrôle restent à la charge de l'abonné.

A défaut de réponse du réseau d'intervenants, les sapeurs-pompiers seront sollicités; les frais occasionnés par l'ouverture forcée du logement sont à la charge du bénéficiaire ;

- remplace gratuitement le matériel en cas de panne.

Les conversations téléphoniques avec l'abonné et/ou le réseau d'intervenants pourront être enregistrées par le Département de Haute-Savoie.

2.3 Réserves

La responsabilité du Département ne pourra être engagée :

- En cas de mauvaise utilisation du dispositif par l'abonné et/ou ses intervenants
- En cas de perturbation et/ou d'indisponibilité totale ou partielle et/ou d'interruption du réseau de télécommunication
- En cas de force majeure telle que définie par la législation et la jurisprudence en vigueur.
- En cas de non-respect des engagements précisés dans l'article 2.1.
- Le Département ne prend à sa charge ni l'installation, ni la maintenance des équipements téléphoniques (lignes analogiques, numériques ou ADSL, modem (box)....)

Article 3 : Matériel

L'équipement fourni se compose :

- d'un transmetteur téléphonique,
- d'un ou de deux déclencheurs (médaillon, montre...) que l'abonné devra garder en permanence sur lui.

Article 4 : Conditions financières

4.1 - La redevance :

L'utilisation de la téléalarme donne lieu au paiement d'une redevance mensuelle de 20 € TTC payable à terme échu par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal.

A défaut de paiement durant trois mois, le présent contrat est considéré comme rompu et le matériel repris, sans préjudice des poursuites qui pourraient être engagées.

Tout mois entamé est dû.

Le montant de la redevance est révisable à tout moment par le Département de Haute-Savoie. Toute révision de tarif sera communiquée à l'abonné par courrier, pour une prise d'effet deux mois après la réception du courrier, permettant, le cas échéant, à l'abonné de résilier son contrat.

L'abonné peut solliciter une prise en charge totale ou partielle du montant de l'abonnement, par un ou plusieurs financeurs éventuels (Centre Communal d'Action Sociale, associations...). Dans ce cas, il devra joindre au présent contrat, l'engagement de prise en charge financière signé par l'organisme concerné. Seule lui sera alors prélevée, s'il y a lieu, la part restant à sa charge.

L'engagement financier de l'abonné, et/ou de ses partenaires, est une clause obligatoire de la validité du contrat.

4.2 - Restitution du matériel :

En cas de résiliation du contrat, le matériel devra être déposé dans un centre de secours proche du domicile dont les coordonnées seront transmises par le service de Téléalarme (04.50.33.20.60).

Si l'abonné ne respecte pas les conditions de résiliation du contrat (article 4 et 5) et dépose directement son matériel dans un centre de secours, cette restitution vaudra résiliation du contrat de plein droit.

A défaut de restitution, le Département de Haute-Savoie se réserve le droit de facturer le matériel à son prix d'achat.

Article 5 : Durée du contrat

Le présent contrat prend effet à la date de sa signature. Toutefois, la redevance du premier mois n'est due que pour le nombre de jours suivant la date effective de raccordement au système.

Il pourra être résilié par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec avis de réception avec un préavis de deux mois à compter de la réception de la lettre par l'autre partie.


Cependant, en cas de force majeure, de défaut de paiement, de déménagement hors du département, d'entrée en établissement ou de décès, le présent contrat pourra être résilié de plein droit sans préavis.

Pièces jointes

Fait à en deux exemplaires, le

Engagement(s) financier(s) :

- de l'abonné
- de ou des organisations

Signature de l'abonné	Pour le Président, le chef de service
	

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : Abonnement Téléalarme

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) LE CONSEIL GENERAL DE LA HAUTE-SAVOIE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CONSEIL GENERAL DE LA HAUTE-SAVOIE.

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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 54 ZZZ 403528

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER (B)
Nom, prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville:

DESIGNATION DU CREANCIER (A)
Nom : CONSEIL GENERAL DE LA HAUTE-SAVOIE SERVICE TELEALARME
Adresse : 39 av de la Plaine 74000 ANNECY
TEL : 04.50.33.20.60
COURRIEL : telealarme74@cg74.fr

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER (B)	
<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)</u>	<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)</u>
	()

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif
Paiement ponctuel

Signé à :

Signature :

Le :

--

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :
Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par LE CONSEIL GENERAL DE LA HAUTE-SAVOIE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différent directement avec LE CONSEIL GENERAL DE LA HAUTE-SAVOIE.

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 n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

FICHE SANTE

n° abonné : /

A remplir par le médecin traitant

Cette fiche établie dans le cadre de la Téléalarme pourra servir, en cas d'urgence, au médecin régulateur SAMU pour aide à la décision.

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

1 – Pathologies :

insuffisance respiratoire chronique appareillée
(tout élément pouvant provoquer une décompensation respiratoire aiguë)

- insuffisance cardiaque antécédents d'infarctus date :
- angine de poitrine *autres cardiopathies préciser :

Accidents vasculaires cérébraux

préciser les dates :

Séquelles non oui si oui préciser :

Maladies neurologiques évolutives (SLA, SEP...)

à préciser :

Diabète insulino-dépendant

Hémorragies digestives Préciser les dates :

*Allergies graves à préciser :

*Autres antécédents récents

préciser les dates :

2 – Traitements

Insuline anticoagulant *autres

A Le

Nom du Médecin :

Cachet et signature:

* : utile en cas d'urgence uniquement.

NOTE RELATIVE A LA FICHE SANTE

destinée au Médecin traitant de l'abonné Téléalarme

Le Médecin traitant est le plus à même de connaître les points importants de la santé de son patient. Cette fiche a été élaborée afin d'améliorer l'efficacité dans la prise en charge en urgence. Elle sera remplie lors d'une visite du patient abonné Téléalarme chez son médecin traitant et sera retournée (sous pli confidentiel fourni) par le patient lui-même au Médecin du SAMU. Elle sera informatisée sur un *réseau protégé destiné aux seuls intervenants des services médicaux urgents*.

Le service d'écoute Téléalarme est hébergé dans les locaux du **CTRA** (Centre de Traitement et de Régulation des Appels) commun aux Sapeurs Pompiers et au SAMU ; certains renseignements parfois vitaux peuvent ainsi être transmis instantanément au Médecin du SAMU, présent dans ces mêmes locaux. L'intervention sera facilitée et plus efficace grâce à ces informations pertinentes immédiatement disponibles. En effet il faut savoir que certaines personnes ne peuvent pas répondre aux questions de l'écouter (téléalarme ou SAMU), pour des raisons diverses : surdité, aphasie, éloignement du transmetteur lors d'une chute, etc.

Lors d'une alarme, cette fiche permettra donc au médecin régulateur de visualiser immédiatement toutes les données importantes concernant l'abonné, et ainsi d'optimiser le secours.

Le Service Téléalarme et le SAMU vous remercient de votre collaboration.

Gilles PASCAL
Responsable Téléalarme

Dr Thierry ROUPIOZ
Médecin Responsable centre 15