

ADRESSES DES PRESTATAIRES DE TELEALARME



DEMANDE D'AIDE DE TELEALARME AU CCAS

Prestataire	Adresse	CP	Ville	Tél
PRESENCE VERTE	11 Avenue des Droits de l'Homme	45000	ORLEANS	02 38 60 55 89
ADAPAGE	41 Avenue Jean Jaurès	45700	VILLEMANDEUR	02.38.95.08.30
FILIEN ADMR	18 rue du Docteur Roux	45200	MONTARGIS	02.38.85.42.49
A.B.H.	Maison médicale - 24 Avenue de la Libération	45700	VILLEMANDEUR	02.38.90.99.35
AGE D'OR SERVICE	20 Place de la République	45200	MONTARGIS	02 38 26 02 02
DOMUS VI DOMICILE	49 Avenue du Général de Gaulle	45200	MONTARGIS	02.22.54.23.03
MONDIAL ASSISTANCE	81 rue Pierre Sémard	92230	CHATILLON	0811 65 7000
ALCURA France	Z.I. Allée des sablons	36000	CHATEAUROUX	09 70 81 00 88
EUROP ASSISTANCE	01 Rue Mozard	92110	CLICHY	01 70 72 46 10
SECURITAS	TSA 80115	69643	CALUIRE ET CUIRE CEDEX	08 00 87 49 23
TECHNI PRO	452/456 Avenue du Prado	13008	MARSEILLE	04 95 06 11 45
UNA SERVICES - SANTE SERVICE	80 Allée des Ormes - centre de consultations	6250	MOUGINS	08 25 00 08 00
S.A. FILIEN ECOUTE ADMR	07 rue A. Sauvy	55430	BELLEVILLE SUR MEUSE	03 29 86 77 77

LE SOUSCRIPTEUR

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Adresse : N° :

Rue :

Code Postal : 45120 Ville : Chalette sur Loing

 /Tél : __ / __ / __ / __ / __

E-mail : @

INFORMATIONS RELATIVES A LA DEMANDE

Avez-vous sollicité d'autres aides auprès de :

CARSAT - RSI - MSA - mutuelles - caisses complémentaires - MDPH dans le cadre de l'APA (Aide Personnalisée d'Autonomie) ou de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap).

(Démarches obligatoires avant toute demande d'aide au C.C.A.S)

OUI

NON

Si OUI, quel(s) organisme(s) avez-vous sollicité(s) :

NOM DE L'ORGANISME	DATE	MONTANT DE L'AIDE ACCORDEE
	__ / __ / ____ €
	__ / __ / ____ €
	__ / __ / ____ €

Partie du document à joindre aux pièces justificatives

TELEALARME

Votre contrat : Nom de l'organisme :

« »

Date du contrat : / /

- Montant TTC par mois : €

Pièces à joindre **obligatoirement** :

1. Le dernier avis d'imposition
2. Les courriers des caisses (**d'acceptation ou de refus**)
3. Le contrat de téléassistance
4. Une pièce d'identité

Pour information : Mise en place d'une procédure pour l'attribution de l'aide sur abonnement à la téléalarme - **délibération du 31 mars 2017**

PRISE EN CHARGE POUR UNE PERSONNE SEULE

Montant des revenus (revenu fiscal de l'avis d'imposition /12)	Prise en charge par le CCAS
De 0€ à 891€	Prise en charge de 100% du montant résiduel de l'abonnement mensuel
De 892€ à 1200€	Prise en charge de 75% du montant résiduel de l'abonnement mensuel
De 1201€ à 1600€	Prise en charge de 50% du montant résiduel de l'abonnement mensuel

PRISE EN CHARGE POUR UN COUPLE

De 0€ à 1158€	Prise en charge de 100% du montant résiduel de l'abonnement mensuel
De 1159€ à 1560€	Prise en charge de 75% du montant résiduel de l'abonnement mensuel
De 1561€ à 2080€	Prise en charge de 50% du montant résiduel de l'abonnement mensuel

- Reste à votre charge : €
(après l'aide des organismes)

Date de votre demande d'aide au C.C.A.S : __ / __ / ____

Signature

Nous vous rappelons que les informations vous concernant, saisies par le CCAS, font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de vos demandes. Conformément à la loi « informatique et liberté », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de vérifications aux informations vous concernant.

COMMENT FAIRE ?

1) Démarches obligatoires avant toute demande d'aide au C.C.A.S. auprès de :

- votre caisse principale (CARSAT- RSI – MSA) **pour bénéficier de l'aide de la CARSAT il est impératif d'en faire la demande avant la souscription à la téléalarme**
- vos caisses complémentaires et des mutuelles
- la M.D.P.H. (Maison Départementale des Personnes Handicapées) dans le cadre de l'**APA** (*Aide Personnalisée d'Autonomie*) ou de la **PCH** (*Prestation de Compensation du Handicap*)

Modèle de courrier à adresser aux organismes par vos soins :

Objet : demande de prise en charge de la téléalarme

Date

Réf : (N° d'adhérent, numéro de Sécurité Sociale...)

Nom de la caisse de retraite, mutuelle...

Adresse

Madame, Monsieur,

J'ai souscrit un contrat d'abonnement de téléassistance auprès de dont le siège social se trouve N° de téléphone en date du / / pour une durée de

Le montant de la location mensuelle s'élève à €

Les frais d'installation s'élèvent à €

Aussi, j'ai l'honneur de solliciter votre bienveillance pour la prise en charge des frais afférents à ce dispositif par votre organisme.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature

2) Déposez à l'accueil de la Mairie la demande d'aide au CCAS (1^{ère} page de ce document).

Vous pouvez solliciter le CCAS. **Si vos revenus mensuels ne dépassent pas 1600€ pour une personne ou 2080€ pour un couple,**

3) Après étude de votre dossier, un courrier vous sera adressé. En cas de prise en charge par le CCAS de tout ou partie de vos frais liés à votre dispositif téléalarme, un courrier sera adressé à votre prestataire lui indiquant le montant de l'aide accordée.