



DÉPARTEMENT DES ALPES-MARITIMES

DIRECTION GENERALE DES SERVICES DEPARTEMENTAUX

Delegation du pilotage des politiques de l'autonomie et du handicap

SERVICE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES

B.P. 3007 - 06201 NICE CEDEX 3

TELE ASSISTANCE

à DOMICILE

*Demande d'allocation forfaitaire
au bénéfice
des personnes âgées ou des personnes handicapées
en situation d'isolement.*

NOM du demandeur :

Prénom :

Cadre réservé au Conseil Départemental		
CANTON	COMMUNE	
N° Dossier		
.....		

A – ETAT CIVIL du demandeur

⇒ joindre la copie d'une pièce d'identité

	DEMANDEUR	CONJOINT
NOM et Nom de jeune fille éventuellement		
PRENOM		
DATE DE NAISSANCE	<i>⇒ Pour les personnes de moins de 60 ans : joindre un justificatif du handicap (décision CDAPH)</i>	
SITUATION DE FAMILLE	<input type="checkbox"/> Célibataire	
	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<u>CONJOINT :</u> Nom, Prénom..... Date de naissance
	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	
	<input type="checkbox"/> Veuf (veuve)	
	<input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Autre <i>(cocher la case correspondante)</i>	
NATIONALITE	<i>⇒ Pour les étrangers : joindre la carte de séjour en cours de validité.</i>	

B – ADRESSE

ATTENTION :

La télé assistance ne peut être accordée en cas d'hébergement (foyer d'hébergement pour personnes handicapées, maison de retraite, etc...), ou en cas d'accueil chez un particulier agréé.

.....
.....

COMMUNE : CODE POSTAL

DATE D'ARRIVEE A CETTE ADRESSE : / /

Numéro de téléphone :

C – MESURE DE PROTECTION

Etes-vous placé(e) sous : Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle

Si c'est le cas ⇒ joindre le jugement

➔ Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

.....
.....

COMMUNE CODE POSTAL

D – REVENUS

⇒ *Joindre votre dernier avis d'imposition ou de non imposition.*

CAPITAUX MOBILIERS : avez-vous des revenus soumis au prélèvement libératoire ? oui non

⇒ *Si oui, joindre les justificatifs correspondants*

E – COMPTE BANCAIRE ou POSTAL

⇒ *joindre un relevé d'identité bancaire ou postal*

Nom de l'Etablissement :

F – RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

J'atteste sur l'honneur avoir besoin d'une télé assistance car je suis en situation d'isolement, en effet :

je vis seul(e).

ou

je vis avec une personne qui ne peut m'assister, ni appeler du secours.

(cocher la case correspondante)

OBSERVATIONS que vous souhaiteriez faire sur votre situation d'isolement (familial, social, lié à l'habitat ou à votre perte d'autonomie) :

.....

.....

.....

.....

.....

Etes-vous bénéficiaire de l'APA A DOMICILE ? Oui Non

DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES

RECUPERATION

La télé assistance ne fait l'objet d'aucun recours en récupération sur succession, donation ou legs, ni d'hypothèque.

FRAUDE ET FAUSSES DECLARATIONS

Toute fraude, fausse déclaration ou falsification de document, toute tentative de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'aide sociale, expose à des sanctions pénales et financières prévues par les articles L 433.19, L 441.7, L 313.1, L 313.3, L 313.7 et L 313.8 du code pénal (*article L 133.6 du code de l'action sociale et des familles*)

« INFORMATIQUE ET LIBERTES »

Les informations recueillies dans le formulaire TAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à traiter votre demande de téléassistance. Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

Les destinataires des données sont Conseil Départemental des Alpes-Maritimes, les administrations et organismes habilités à prendre connaissance des dossiers d'aide à domicile.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Correspondant Informatique et liberté du Conseil Départemental des Alpes-Maritimes, BP 3007 06201 Nice cedex 3.

PIECES JUSTIFICATIVES

Cette demande doit être accompagnée des photocopies des justificatifs suivants :

- une pièce d'identité
- si vous avez moins de 60 ans : un justificatif de votre handicap
- si vous êtes étranger non ressortissant de la CEE : un justificatif de séjour régulier
- si vous êtes placé sous une mesure de protection : le jugement
- votre dernier avis d'imposition ou de non imposition
- un relevé d'identité bancaire ou postal, à votre nom.

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre, ou en qualité de représentant légal du demandeur, certifie avoir pris connaissance des dispositions réglementaires et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés sur la présente demande.

Demande déposée à le

Signature du demandeur, ou de son représentant légal :

Cette demande doit être retournée à l'adresse suivante :

CONSEIL DEPARTEMENTAL DES ALPES MARITIMES
DIRECTION GENERALE DES SERVICES DEPARTEMENTAUX
DÉLÉGATION DU PILOTAGE DES POLITIQUES DE
L'AUTONOMIE ET DU HANDICAP
SERVICE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE DES
PERSONNES AGÉES
SPAPA
B.P. 3007
06201 NICE CEDEX 3

Point INFO : 04.97.18.73.32