

Demande d'installation téléassistance

CADRE RESERVE AU CCAS DE LOURDES

A l'attention de Bluelinea Services à adresser par mail à : <u>relation-clients@bluelinea.com</u>	Date : Dossier géré par :
---	----------------------------------

• Produit et Service

Je sélectionne mon dispositif

Téléassistance à domicile	Téléassistance Mobile
 ☐ Boitier sans prise téléphonique	☐  ☐ 

Options : Cocher la case pour la mise en place d'une ou plusieurs options dès l'installation	
☐ Bracelet d'appel avec détection de chute	
☐ Détecteur de fumée connecté	
☐ Déclencheur supplémentaire	
☐ Coffre à clé	

Fait à _____ Le ____ / ____ / ____

L'abonné déclare avoir lu et compris les conditions générales et particulières. Signature de l'abonné(e) ou du tuteur légal avec la mention "Lu et approuvé"	
---	--

Coordonnées du (des) bénéficiaire(s)

Adresse.....

CP..... Ville..... Bâtiment..... Escalier..... Etage.....

Porte N° Code d'accès..... Téléphone |

Précisions complémentaires d'accès au domicile.....

Typologie du logement ☐ Appartement ☐ Maison – Villa ☐ **Résidence spécialisée**

Autres personnes au foyer.....

Bénéficiaire 1 ☐ Mme ☐ M. Nom Prénom Date de naissance/...../.....	Bénéficiaire 2 ☐ Mme ☐ M. <i>(Uniquement si second déclencheur)</i> Nom Prénom Date de naissance/...../.....
--	---

Installation

Matériel

- ☐ Terminal GSM-IP sans ligne téléphonique
- ☐ Système mobile géolocalisé

Options

- ☐ Détecteur de chute
- ☐ Déclencheur supplémentaire
- ☐ Détecteur de fumée
- ☐ Coffre à clé

Contact Installation Tel : |

Informations de santé

Vie Quotidienne

Bénéficiaire 1	Bon	Moyen	Mauvais	Bénéficiaire 2	Bon	Moyen	Mauvais
Mobilité	☐	☐	☐	Mobilité	☐	☐	☐
Elocution	☐	☐	☐	Elocution	☐	☐	☐
Vue	☐	☐	☐	Vue	☐	☐	☐
Ouïe	☐	☐	☐	Ouïe	☐	☐	☐
☐ Déambulateur ☐ Canne				☐ Déambulateur ☐ Canne			
☐ Appareil auditif				☐ Appareil auditif			

Précisions utiles

Votre médecin traitant est : Nom Tél |

E-mail

Réseau de proximité bénévole

Contact 1 obligatoire ET avec moyens d'accès	Contact 2 obligatoire ET avec moyens d'accès
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Téléphone 1 :	Téléphone 1 :
Téléphone 2 :	Téléphone 2 :
Courriel :	Courriel :
Lien avec l'abonné :	Lien avec l'abonné :
Temps de parcours : minutes (recommandé : 45 mn)	Temps de parcours : minutes (recommandé : 45 min)
Disponibilité : 24h/24	Disponibilité : Jour 6h-23h Nuit 23h-6h
Contact 3	Personne référente à prévenir en cas de problème constaté
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Téléphone 1 :	Téléphone 1 :
Téléphone 2 :	Téléphone 2 :
Courriel :	Courriel :
Lien avec l'abonné :	Lien avec l'abonné :
Possession des clés : Oui Non	Disponibilité : Jour 6h-23h Nuit 23h-6h
Temps de parcours : minutes (recommandé : 45 mn)	
Disponibilité : Jour 6h-23h Nuit 23h-6h	

Je m'engage à obtenir l'accord des personnes ci-dessus pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant et permettant de rendre le service de la Téléassistance.

Le Client et/ou le Bénéficiaire autorise (autorisons) le Délégué à me (nous) faire parvenir les moyens de secours appropriés et, en cas de défaillance de mon (notre) comité de parrainage (personnes dépositaires des clés du domicile du (des) Bénéficiaire(s)), accepte (acceptons) que ceux-ci pénètrent mon (notre) domicile par tout moyen utile pour me (nous) porter assistance sans que le Délégué puisse en aucun cas être tenu responsable des éventuels dégâts en résultant (porte, vitres, etc.).

« Je (nous) m'engage (nous engageons) par ailleurs à prendre en charge les frais occasionnés. »

A....., Le.....

Nom et signature du client
 précédés de la mention « lu et approuvé »

