

BIP MARSEILLE +

TELEASSISTANCE



Numéro Abonné (réservé Vitaris)



FICHE ABONNE TELEASSISTANCE

DIVISION MAINTIEN A DOMICILE
Immeuble Quai Ouest - 50 rue de Ruffi
CS 90349 - 13331 Marseille Cedex 03

Tél : 04.86.94.47.00

Cachet CCAS

CHOIX FORFAIT

- Forfait Sérénité
 Forfait Sérénité +
 Forfait Intégral +

LE(S) BENEFICIAIRE(S)

DEMANDEUR 1 (utilisateur principal)

Mme M.

Prénom Nom:

Nom de naissance :

Date de naissance: __/__/____

Lieu de naissance:

	Mobilité	Elocution	Vue	Ouïe
Bonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEMANDEUR 2 (utilisateur secondaire)

Mme M.

Prénom Nom:

Nom de naissance :

Date de naissance: __/__/____

Lieu de naissance:

	Mobilité	Elocution	Vue	Ouïe
Bonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE DOMICILE

N° _____ Rue _____

Résidence _____

Bâtiment _____ Etage _____ N° appartement /Porte _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone mobile : _____

Maison Appartement

Porte blindée Code d'accès : _____ Boîte à clés : _____

Ligne téléphonique analogique Ligne téléphonique dégroupée

Pour l'installation, prendre RDV avec :

Madame Monsieur _____ Tel : _____

LES PERSONNES A CONTACTER

Veillez indiquer les coordonnées des personnes à contacter en priorité, par ordre de préférence.
Préciser si celles-ci détiennent les clés afin de pouvoir intervenir à votre domicile ou de faciliter l'accès aux secours (SAMU/Pompiers...)

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Aidant / Référent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nom: _____	Prénom: _____	Qualité / lien : _____	
Adresse: _____			
Code postal: _____	Ville : _____		
Ligne fixe : _____	Mobile : _____	Mail: _____	@ _____
Disponibilités	<input type="checkbox"/> 24h/24	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
Détenteur des clés	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> J'autorise le CCAS et la société VITARIS à enregistrer et utiliser mes coordonnées et informations personnelles dans le cadre de l'exécution des services Téléassistance.			
			Signature

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Aidant / Référent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nom: _____	Prénom: _____	Qualité / lien : _____	
Adresse: _____			
Code postal: _____	Ville : _____		
Ligne fixe : _____	Mobile : _____	Mail: _____	@ _____
Disponibilités	<input type="checkbox"/> 24h/24	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
Détenteur des clés	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> J'autorise le CCAS et la société VITARIS à enregistrer et utiliser mes coordonnées et informations personnelles dans le cadre de l'exécution des services Téléassistance.			
			Signature

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Aidant / Référent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nom: _____	Prénom: _____	Qualité / lien : _____	
Adresse: _____			
Code postal: _____	Ville : _____		
Ligne fixe : _____	Mobile : _____	Mail: _____	@ _____
Disponibilités	<input type="checkbox"/> 24h/24	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
Détenteur des clés	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> J'autorise le CCAS et la société VITARIS à enregistrer et utiliser mes coordonnées et informations personnelles dans le cadre de l'exécution des services Téléassistance.			
			Signature

CHOIX FORMULES D'ABONNEMENT

Le Centre Communal d'Action Sociale de Marseille vous propose plusieurs formules d'abonnement :

Choisir obligatoirement une formule d'abonnement

Forfait Sérénité à 13 € par mois comprenant la prestation téléassistance classique (écoute 24/24 et 7/7, la pose, dépose et la maintenance du matériel), un appel bimensuel destiné à favoriser le lien social, repérer et accompagner tout bénéficiaire dans un but de rassurance, ainsi que le service d'aide psychologique

OU

Forfait Sérénité+ à 17 € par mois comprenant la formule à 13 € et une option au choix :

Détecteur de chutes

ou

d'inactivité

ou

Détecteur de fumée

OU

Forfait Intégral à 19 € par mois comprenant la formule à 13 € et deux options proposées :

Détecteur de chutes

ou

Détecteur d'inactivité

et

Détecteur de fumée



Merci de tourner la page

RENSEIGNEMENTS UTILES

MEDECIN TRAITANT (obligatoire)

Nom: _____ Prénom: _____ Téléphone: _____
Mobile : _____
Adresse: _____ Code postal: _____ Ville: _____

Observations:

LISTE DES PIECES EXIGIBLES

Pour la constitution du dossier « BIP MARSEILLE + »

Veillez joindre à ce dossier dûment complété, les documents suivants :

- Copie de la **CARTE D'IDENTITE** ou de **SEJOUR** de **chaque bénéficiaire**
- **R.I.B** (Relevé d'Identité Bancaire)
- **Demande de prélèvement** dûment complétée et signée
- Copie d'une **Facture téléphonique** ou d'**EDF**

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT DES DONNEES

Je Soussigné Mme

M.

Nom:

Prénom:

autorise le CCAS et la société VITARIS à enregistrer dans leurs fichiers mes coordonnées et les informations personnelles me concernant figurant dans ce dossier et accepte qu'elles puissent être utilisées dans le cadre de l'exécution des services de Téléassistance.

Date : __ / __ / ____

Signature:

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.

NOTA: pour l'installation de l'appareil, il faut prévoir une multiprise électrique, avoir dans la même pièce une prise de courant EDF non commandée par un interrupteur et une prise téléphonique, à proximité l'une de l'autre sans passage de porte. Si ce n'est pas le cas, cochez la case

Mettre à disposition du technicien le filtre ADSL pour un branchement via une box.