

N° site (bénéficiaire) :

Code de rattachement :

Date de saisie :

Date d'installation :

N° de transmetteur :

# Fiche de renseignements

## 1- Bénéficiaire

Monsieur       Madame       Mademoiselle

Nom : ..... Téléphone : ..... Portable : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : Bât./Tour : ..... Esc./Asc. : ..... Etage : ..... Porte : ..... Code pte / interph.: .....

Maison : Oui - Non    jardin : Oui - Non      Appartement : Oui - Non      Foyer/résidence RPA : Oui - Non

N° : ..... Rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Protection habitat : Porte blindée : Oui - Non      Alarme : Oui - Non

Animaux : Oui - Non      Situation familiale :  Célibataire     Marié     Veuf

## Co-Bénéficiaire

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : ..... Qualité : .....

## Rappel d'information aux usagers

Les appels téléphoniques émis par le transmetteur (appels d'urgence et tests de contrôle), sont à la charge du bénéficiaire (0.112€ TTC) et apparaissent sur votre facture téléphonique détaillée en 0 825. Avant toute installation, veuillez vous assurer que votre logement comporte bien une ligne téléphonique non restreinte, une prise électrique et une prise PTT à proximité de l'endroit souhaité pour l'emplacement du transmetteur de téléassistance, 1,50m maximum entre les deux, et sans obstacle intermédiaire (ex : porte...).

Le non respect de ces recommandations entraînerait un retard regrettable dans notre intervention.

## 2- Etat de santé Bénéficiaire

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

Déambulateur  Canne

Port d'un appareil auditif

Langue maternelle : .....

Etablissement hospitalier habituel : .....

Service ambulancier : .....

## Etat de santé Co-Bénéficiaire

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

Déambulateur  Canne

Port d'un appareil auditif

Langue maternelle : .....

## Condition de santé bénéficiaire

.....  
.....

## 3- Médecin traitant bénéficiaire

Nom : ..... Prénom : .....

N° : ..... Rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone cabinet : ..... Téléphone autre : .....

### Autre médecin traitant

Nom : ..... Prénom : .....

N° : ..... Rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone cabinet : ..... Téléphone autre : .....

# Référent

## 4- Référent (personne à contacter pour toutes questions administratives (facturation, mise à jour du dossier) et techniques (SAV,récupération,...))

Nom : ..... Prénom : ..... Année de naissance : .....

**Adresse :** .....

Code postal : ..... Ville : ..... Qualité : .....

Tél. travail : ..... Tél. portable : ..... Tél. domicile : .....

# Intervenant - Entourage

## 5- Intervenant N°1

Nom : ..... Prénom : ..... Année de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Qualité<sup>(1)</sup>: .....

Tél. travail : ..... Tél. portable : ..... Tél. domicile : .....

: à prévenir  : dépositaire des clés Temps de trajet : .....

## Intervenant N°2

Nom : ..... Prénom : ..... Année de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Qualité<sup>(1)</sup>: .....

Tél. travail : ..... Tél. portable : ..... Tél. domicile : .....

: à prévenir  : dépositaire des clés Temps de trajet : .....

## Intervenant N°3

Nom : ..... Prénom : ..... Année de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Qualité<sup>(1)</sup>: .....

Tél. travail : ..... Tél. portable : ..... Tél. domicile : .....

: à prévenir  : dépositaire des clés Temps de trajet : .....

## Intervenant N°4

Nom : ..... Prénom : ..... Année de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Qualité<sup>(1)</sup>: .....

Tél. travail : ..... Tél. portable : ..... Tél. domicile : .....

: à prévenir  : dépositaire des clés Temps de trajet : .....

## 6- Entourage N°1 (personne à informer)

Nom : ..... Prénom : ..... Année de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Qualité<sup>(1)</sup>: .....

Tél. travail : ..... Tél. portable : ..... Tél. domicile : .....

## 7- Entourage (aide ménagère, infirmière...)

Nom : ..... Prénom : ..... Organisme : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Qualité<sup>(1)</sup>: .....

Tél. travail : ..... Tél. portable : ..... Tél. domicile : .....

Fréquence visite : ..... : dépositaire des clés

(1) : Fils, Fille, ... Voisin, ami ...

## 7- Type d'opérateur téléphonique

---

### Ligne Téléphonique :

ANALOGIQUE

Fournisseur précisez : .....

DEGROUPEE

Fournisseur précisez : .....

FIBRE OPTIQUE

Fournisseur précisez : .....

## 8- Observations et informations diverses

---

Nom : ..... Prénom : .....

Certifie l'exactitude des renseignements fournis, je m'engage à informer Technipro de tout changement concernant ma situation, et si cela n'était fait, la dégage de toute responsabilité.

Je donne mon accord à Technipro pour saisir en informatique les données me concernant. Technipro s'engage à ne pas faire commerce des renseignements fournis sur ce fichier.

Je suis avisé(e) que la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, me garantit un droit d'accès et de rectification de ces données auprès du CCAS ou de Technipro.

Je suis informé(e) que les données recueillies font l'objet d'un traitement informatisé visant à la gestion de la prestation et de la facturation. Ses données restent confidentielles, transmises uniquement à Technipro pour le compte du CCAS et que je peux à tout moment accéder aux informations transmises.

Déclare que Technipro ne pourra être tenue responsable des conséquences matérielles qu'entraîneraient une intervention en vue de lui porter aide et assistance.

Fait à :

Le :

Cachet de l'organisme émetteur :

Signature de l'abonné(e)  
ou de son représentant :