



## TELEASSISTANCE CONDITIONS D'ADHESION



Direction Générale Adjointe de la Solidarité

Direction Autonomie des Personnes

Affaire suivie par :

Service téléassistance

Mail : [teleassistance@oise.fr](mailto:teleassistance@oise.fr)

Tél. : 03.44.06.60.18

### 1- CONDITIONS GENERALES :

La téléassistance s'adresse aux habitants de l'Oise âgés de plus de 65 ans, aux personnes handicapées dont le taux d'invalidité est supérieur ou égale à 80 % (photocopie de la carte d'invalidité en cours de Validité) ou aux personnes de moins de 65 ans subissant une maladie grave (avec certificat médical précisant la pathologie).

### 2- MODALITES PRATIQUES D'INSTALLATION DE L'APPAREIL

- L'appareil dont vous trouverez les caractéristiques d'utilisation dans le dépliant ci-joint est peu encombrant et peut être installé sur un petit meuble.
- **Afin d'assurer l'intervention rapide, il est nécessaire pour l'instruction du dossier de désigner une personne de votre entourage proche (famille, amis, voisins) qui assurera le rôle de priorité. Ainsi, en cas d'appel de votre part, le service d'écoute joindra l'une de ces personnes afin qu'elle se déplace chez vous pour apprécier le problème rencontré.**  
**A titre exceptionnel et à défaut de priorité, une boîte à clé doit impérativement être installée.**  
**A défaut de priorité ou de boîte à clé, le département se réserve le droit d'interrompre le service.**
- Si l'installation ne peut s'effectuer dans les six mois qui suivent la demande de l'utilisateur, en dehors d'un fait imputable au département, celle-ci sera réputée caduque (cf : et après hospitalisation vacances, etc...). L'utilisateur devra alors formuler une nouvelle demande auprès du service téléassistance.  
Afin de permettre une installation dans les meilleurs délais, l'utilisateur ou son représentant devra se rendre disponible lors de la prise du rendez-vous.  
Les installations, ainsi que la maintenance des appareils sont effectuées par un technicien du Conseil départemental de l'Oise. Ce dernier est muni d'une carte professionnelle, n'hésitez pas à la lui demander. Afin que ce système de sécurité soit optimum, il est impératif de signaler tout changement d'opérateur ou toute modification concernant les informations du dossier de l'abonné.

### 3-TARIF D'ABONNEMENT

Un tarif unique de 8,50 euros par mois est applicable à tous les abonnés sans condition de ressource.

Il comprend la location de l'appareil et du pendentif ou du bracelet.

L'adhésion débutera à compter du 1er jour du mois suivant l'installation du matériel.

Des prestations domotiques sont proposées en options payantes et s'ajoutent au tarif initial.

Elles peuvent être préconiser lors d'une visite par un évaluateur ou un technicien.

	OUI	NON	Option payantes Tarif mensuel HT	Option payantes Tarif mensuel TTC	Somme à payer en cas de non restitution du matériel
Un bracelet détecteur de chutes lourdes			2,50 €	3,00 €	200,00 € par matériel
Un détecteur de présence/non activité			2,50 €	3,00 €	
Un détecteur d'ouverture de porte			2,50 €	3,00 €	
Un déclencheur à effleurement			7,00 €	8,40 €	
un déclencheur à écrasement			7,00 €	8,40 €	
un déclencheur appel menton			7,00 €	8,40 €	
un bouton SOS mobile *			11,00 €	13,20 €	
une montre connectée *			27,00 €	32,40 €	
un coussin Viktor			24,92 €	29,90 €	

**\*Le bouton mobile et la montre connectée peuvent être proposés avec ou sans l'appareil de téléassistance.**

➤ Somme à payer en cas de non restitution du matériel principal :

Le transmetteur : 200 €

Le pendentif ou bracelet : 30 €

Le département se réserve le droit de revenir sur les critères d'éligibilité et sur les modalités de calcul de cette participation.



# TELEASSISTANCE

## DEMANDE D'INSTALLATION



Droit d'accès : Vos données personnelles font l'objet d'un traitement. Conformément au règlement n°2016/679, dit règlement général sur la protection des données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données personnelles. Elles sont conservées conformément à la réglementation en vigueur. Vous pouvez adresser toute demande concernant vos données personnelles par voie électronique à l'adresse [delegue-rgpd@oise.fr](mailto:delegue-rgpd@oise.fr) en écrivant au Conseil départementale de l'Oise à l'attention du délégué à la Protection des données - 1, rue Cambry - CS80941 - 60024 BEAUVAIS CEDEX

### INFORMATIONS PRINCIPALES

MADAME  
MONSIEUR

Seul(e)  
En Couple

Nom :

Prénom :

Date de naissance jj/mm/aaaa:

Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité (anciennement carte d'invalidité) :

OUI (joindre la photocopie)

NON (pour les personnes de moins de 65 ans joindre un certificat médical sous pli confidentiel, précisant la pathologie)

### INFORMATIONS CONTACT ABONNE

TELEPHONE :

PORTABLE :

@ (E-MAIL) : @

## CARACTERISTIQUES DE L'HABITATION

### HABITAT

Appartement

Maison

Résidence

Résidence Autonomie (R.P.A.)

Code boîte à clé :

BOX INTERNET (indiquer l'opérateur) :

Adresse :

Code postal :  Commune :

Etage :  Bâtiment :  Code porte :

Code interphone :

Informations d'accès de l'habitat :

## ANIMAUX DE COMPAGNIE

Chiens      indiquer le nombre :

Chats      indiquer le nombre :

Autres Animaux      indiquer le nombre :

## BENEFICIAIRE ET CONTACTS

### RESIDENT SECONDAIRE

NOM :       PRENOM :

DATE DE NAISSANCE jj/mm/aaaa :

LIEN AVEC L'ABONNE :      époux      épouse      autre (préciser le lien)

Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité (anciennement carte d'invalidité) :

CARTE MOBILITE

Oui

Non

## REFERENT / CONTACTS – DEPOSITAIRE DES CLES

Au moins un dépositaire de clés, à moins de 15 minutes du domicile du bénéficiaire, est indispensable pour la prise en compte du dossier.

Pour la sécurité des abonnés, les dépositaires de clés seront contactés par VITARIS en fonction de leur proximité géographique (temps de trajet) et non par ordre dans lequel ils sont inscrits ci-dessous :

### ➤ Référent (famille, personne assistant la personne au quotidien) :

Nom :  Prénom :   
Lien avec l'abonné :  E-mail :   
Adresse :   
Code Postal :  Commune :   
Téléphone (Fixe) :  (Portable) :  (Professionnel) :   
Dépositaire des Clés : Oui Non Temps de Trajet :  Min

### ➤ Contact 1 :

Nom :  Prénom :   
Lien avec l'abonné :  E-mail :   
Adresse :   
Code Postal :  Commune :   
Téléphone (Fixe) :  (Portable) :  (Professionnel) :   
Dépositaire des Clés : Oui Non Temps de Trajet :  Min

### ➤ Contact 2 :

Nom :  Prénom :   
Lien avec l'abonné :  E-mail :   
Adresse :   
Code Postal :  Commune :   
Téléphone (Fixe) :  (Portable) :  (Professionnel) :   
Dépositaire des Clés : Oui Non Temps de Trajet :  Min

### ➤ Contact 3 :

Nom :  Prénom :   
Lien avec l'abonné :  E-mail :   
Adresse :   
Code Postal :  Commune :   
Téléphone (Fixe) :  (Portable) :  (Professionnel) :   
Dépositaire des Clés : Oui Non Temps de Trajet :  Min

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

### MEDECIN TRAITANT :

NOM :  PRENOM :   
TELEPHONE :  PORTABLE :   
CODE POSTAL :  COMMUNE :

### PERSONNE A CONTACTER POUR LE RENDEZ-VOUS :

NOM – PRENOM :  LIEN DE PARENTE :   
TELEPHONE :  PORTABLE :

## FACTURATION/PAIEMENT:

Le règlement peut s'effectuer soit par prélèvement automatique, par chèque, par paiement de proximité.

Vous devez compléter le mandat de prélèvement ci-joint en double exemplaire et les retourner au Conseil départemental accompagné du dossier permettant l'abonnement.



