

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

# TÉLÉ ASSISTANCE A DOMICILE



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

*Attention* : non cumulable avec l'APA non cumulable avec la PCH (si vous êtes bénéficiaire de la PCH, vous pouvez vous adresser à la MDPH)

**NOM et PRENOM** (*de la personne pour laquelle l'Aide est demandée*) :

|  |
|--|
|  |
|--|

- 1ere DEMANDE  
 RENOUELEMENT

| Réservé à l'administration départementale |  |
|---|--|
| Numéro de dossier :                       |  |

### ETAT CIVIL du demandeur

- Monsieur     Madame  
 Marié (e)     Divorcé (e)     Pacsé (e)     Concubinage déclaré     Veuf (ve)     Célibataire

|                          |      | Personne pour laquelle l'Aide est demandée | Conjoint(e), Concubin(e) ou Pacsé(e) |
|--------------------------|------|--|--------------------------------------|
| <b>Nom Prénom</b>        |      |  |                                      |
| <b>Nom marital</b>       |      |  |                                      |
| <b>Date de naissance</b> |      |  |                                      |
| <b>Nationalité</b>       |      |  |                                      |
| <b>Adresse</b>           |      |  |                                      |
| <b>Coordonnées</b>       | Tel  |  |                                      |
|                          | Mail |  |                                      |

### REPRÉSENTANT LÉGAL

- NON     OUI (*joindre obligatoirement le jugement de tutelle*)

| Nom, Prénom    | Qualité (enfant, parent, tuteur ...) | Adresse | Numéros de téléphone |
|----------------|--------------------------------------|---------|----------------------|
|                |                                      |         |                      |
| Adresse mail : |                                      |         |                      |

### REVENUS et PIÈCES JUSTIFICATIVES

- Joindre votre dernier avis d'imposition ou de non imposition (toutes les pages)
- Compte bancaire ou postal : joindre un relevé d'identité bancaire ou postal
- Capitaux mobiliers : avez-vous des revenus soumis au prélèvement libératoire ?
  - NON
  - OUI (joindre les justificatifs correspondants)
- Photocopie de la carte nationale d'identité
- Si vous avez moins de 60 ans : un justificatif de votre handicap (taux supérieur à 80 %)
- Si vous êtes étranger non ressortissant de la CEE : un justificatif de votre séjour régulier
- Si vous êtes placé sous une mesure de protection : le jugement

**J'atteste sur l'honneur avoir besoin d'une téléassistance 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.

Demandé déposée à :

Le :

*Signature du demandeur,  
ou de son représentant légal :*

**DOSSIER A RENVoyer A L'ADRESSE SUIVANTE :**



**DÉPARTEMENT  
DES ALPES-MARITIMES**

Conseil Départemental des Alpes-Maritimes  
Direction de l'Autonomie et du Handicap  
Service des Politiques de l'Autonomie  
BP 3007  
06201 NICE CEDEX 3

Point INFO 04 97 18 73 32  
Mail : aidesociale@departement06.fr

## 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 »

#### MENTIONS LEGALES

*Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'aide sociale.*

*L'aide sociale s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :*

- *Le code de l'action sociale et des familles,*
- *Le règlement départemental d'aide et d'actions sociales,*

*Les données enregistrées sont celles des formulaires et n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entrainera l'impossibilité de traiter votre dossier.*

*Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir, en fonction de leurs missions :*

- *Le service instructeur du Conseil Départemental*
- *Les organismes sociaux, type MSD, CCAS,*
- *Les mairies,*

*Les décisions motivées sont notifiées à la personne, ou famille ayant formulé la demande et à l'organisme qui a instruit la demande d'aide sociale.*

*Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales*

*Conformément aux article 39 et suivants de la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent- Vous pouvez également définir le **sort de vos données après votre décès**, en vous adressant, par voie postale, au Correspondant Informatique et Libertés – Département des Alpes-Maritimes – B.P. n° 3007 06201 Nice Cedex 3. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative. Cette procédure d'information à l'utilisateur a été labélisée par la CNIL.*



N°2015-372  
EXPIRE : 22/10/2018