DEMANDE D'ABONNEMENT

AU DISPOSITIF DÉPARTEMENTAL DE TÉLÉASSISTANCE

1/ ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR :

NOM (obligatoire) :

PRÉNOM (obligatoire) :

DATE

DE NAISSANCE (obligatoire) :

SITUATION DE FAMILLE (obligatoire /cocher la case) :

☐ MARIÉ(E)/PACSE(E)/CONCUBINAGE

☐ CÉLIBATAIRE

☐ VEUF, VEUVE

☐ DIVORCÉ (E)

☐ CONJOINT EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (joindre un justificatif)

2/ ADRESSE (obligatoire) : **ATTENTION, LA TÉLÉASSISTANCE NE PEUT PAS ÊTRE ACCORDÉE EN CAS D'HÉBERGEMENT EN MAISON DE RETRAITE OU D'ACCUEIL CHEZ UN PARTICULIER.**

N°/rue :

COMMUNE : CODE POSTAL :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE FIXE DU DEMANDEUR (obligatoire) :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE DU DEMANDEUR :

ADRESSE MAIL DU DEMANDEUR :

3/ SOUHAITEZ-VOUS QUE VOTRE CONJOINT BÉNÉFICIE DE LA TÉLÉASSISTANCE ? (obligatoire/ cocher la case)

☐ **NON**

☐ **OUI** : *indiquer* NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : / /

4/ MESURE DE PROTECTION :

Si vous êtes placé sous tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, merci de nous préciser (obligatoire) :

NOM DU MANDATAIRE JUDICIAIRE (particulier ou organisme) :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

5/ SI UNE PERSONNE SOUHAITE ÊTRE PRÉSENTE LORS DE L'INSTALLATION, MERCI D'INDIQUER SES COORDONNÉES (obligatoire) :

NOM : PRÉNOM : TÉLÉPHONE :

ADRESSE MAIL :

6/ RESEAU DE SOLIDARITE (obligatoire) :

MERCI D'INDIQUER LES NOMS ET COORDONNEES DE DEUX PERSONNES DE PROXIMITE (QUI DEVRONT POUVOIR AVOIR ACCES A VOTRE DOMICILE) (cf. fiche d'engagement, si vous ne pouvez fournir ces deux noms le service Accès aux droits vous contactera et envisagera par la suite votre situation avec les partenaires de la téléassistance)

PERSONNE DE PROXIMITE 1 :

NOM : PRENOM : TELEPHONE :

PERSONNE DE PROXIMITE 2 :

NOM : PRENOM : TELEPHONE :

6/ RÉCAPITULATIF DES PIÈCES A FOURNIR (obligatoire) **:**

- AVIS D' IMPOSITION SUR LE REVENU (le plus récent en votre possession).

- VOTRE NOTIFICATION D'ATTRIBUTION MDPH DE LA CMI I (carte mobilité inclusion mention invalidité) OU DE PCH AIDE HUMAINE SI VOUS ÊTES RECONNU EN SITUATION DE HANDICAP ET QUE VOUS N'AVEZ PAS 65 ANS.

- JUSTIFICATIF SI LE CONJOINT RÉSIDE EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES.

- DEMANDE DE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA ACCOMPAGNÉ D'UN RIB AU NOM DU DEMANDEUR (si vous souhaitez payer par chèque merci de le signaler)
- LES DEUX FICHES D'ENGAGEMENT DES PERSONNES DE PROXIMITE
- COPIE DE LA DECISION DU TRIBUNAL SI VOUS ETES PLACE SOUS TUTELLE, CURATELLE, OU SAUVEGARDE DE JUSTICE

JE SOUSSIGNÉ(E) agissant en mon nom propre, ou en qualité de représentant légal du demandeur, certifie avoir pris connaissance des dispositions réglementaires et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés sur la présente demande.

A Le

SIGNATURE

AVIS DU MAIRE OU PRÉSIDENT DU CCAS
concernant cette demande (en fonction de l'âge, situation d'isolement, ressources)

Conformément à la loi Informatique et libertés en date du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression de vos informations personnelle et d'opposition pour des motifs légitimes aux traitements qui vous concernent. Vous pouvez également décider du sort de vos données personnelles après votre décès. Pour toute demande adresser un courrier à : Monsieur le Président du Conseil départemental, Pôle des solidarités sociales, Hôtel du Département - 24 Rue Saint Esprit - 63033 Clermont-Ferrand Cedex 01.
En cas de réclamation, un courrier peut être envoyé au Délégué à la protection des données du Département, Département du Puy-De-Dôme, 24 rue Saint Esprit 63033 Clermont-Ferrand.
Vous pouvez également vous adresser à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 PARIS cedex 07. Tel 0153732222

Dispositif de téléassistance

Protection de votre vie privée
Traitement de vos données personnelles
Notice d'information à conserver

Le Département du Puy-de-Dôme, responsable du traitement, se soucie de la protection des données personnelles des abonnés en veillant dans ses contrats et ses partenariats au respect de la réglementation en vigueur en matière de protection des données, en rappelant notamment les obligations de confidentialité à l'ensemble des partenaires (opérateur, autres partenaires CCAS, communes…) participant à la mise en œuvre du dispositif de télésurveillance souhaité par le Département. (Base légale de traitement : Mission d'intérêt public)

Vos informations personnelles permettent de traiter les demandes d'abonnement, d'effectuer les interventions prévues au contrat d'abonnement, de réaliser des études et des statistiques anonymes. Les données sont traitées par informatique et ne font pas l'objet d'une décision automatisée. Elles seront communiquées de manière partielle et adaptée à l'opérateur intervenant au domicile pour les besoins de ses missions et seront conservées par le Département/Pôle Solidarités Sociales, service Accès aux droits sur une période de 3 ans suivant la clôture de votre abonnement.

Les services de la Direction de l'Autonomie et de la MDPH seront amenés le cas échéant à solliciter votre participation, sous réserve de votre accord explicite, à des bilans pour évaluer le service rendu, des enquêtes sur de nouveaux besoins afin de compléter le dispositif en place ou encore des expérimentations visant à favoriser le maintien des personnes à domicile. Le Département s'appuiera, s'il y a lieu, sur des partenaires extérieurs dont vous aurez connaissance. Vous serez informés également de la possibilité de retirer votre consentement à tout moment si vous le souhaitez.

Le Département et ses partenaires éditent des documentations d'information, des brochures d'activités, des invitations pouvant intéresser les abonnés de la téléassistance. Pour bénéficier de ces envois, votre consentement explicite est nécessaire. Vous aurez la possibilité de faire cesser ces envois sur simple demande.

<u>Vos droits sur vos informations personnelles</u>

Conformément au cadre juridique en vigueur (Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 et loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression de vos informations personnelles et d'opposition pour des motifs légitimes aux traitements qui vous concernent. Vous pouvez également décider du sort de vos données personnelles après votre décès. Pour toute demande adresser un courrier à : Monsieur le Président du Conseil départemental –Pôle Solidarités Sociales, Direction de l'Autonomie et de la MDPH : Hôtel du Département - 24 Rue Saint Esprit - 63033 Clermont-Ferrand Cedex 01.

En cas de réclamation, un courrier peut être envoyé au Délégué à la protection des données du Département, Département du Puy-De-Dôme, 24 rue Saint Esprit 63033 Clermont-Ferrand. Si vous n'êtes pas satisfait de notre réponse, vous pouvez vous adresser à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 PARIS cedex 07. Tel 0153732222