

# DEMANDE D'AIDE FACULTATIVE POUR LA TÉLÉASSISTANCE AVANCÉE

**À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR**

## ÉTAT CIVIL DU BÉNÉFICIAIRE

**DEMANDEUR**

**CONJOINT**

NOM : ..... ..

PRÉNOM : ..... ..

DATE DE NAISSANCE : ..... ..

SITUATION DE FAMILLE :

Célibataire    Marié(e)    Séparé(e)    Veuf (veuve)

**Bénéficiaire APA** :  Oui    Non   **Gir** : \_ \_ \_ \_ \_

## ADRESSE

.....  
.....  
.....

Code Postal : \ \_\_\_\_\_ \      Ville : .....

Téléphone fixe : | | | | |

Téléphone Port : | | | | |

## COORDONNÉES CONTACT SI : TUTEUR/AIDANTS/CURATEUR

Nom et Prénom : .....

Qualité : .....

Adresse : .....  
.....  
.....

Code Postal : \ \_\_\_\_\_ \      Ville : .....

Téléphone fixe : | | | | |

Téléphone Port : | | | | |

**À REMPLIR PAR LE SERVICE INSTRUCTEUR  
COMPOSITION DU SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE**

**Nom du Pack :** .....

- Télé transmetteur installé au domicile
- Plateau de téléassistance disponible 24h/24 et 7j/7
- Système de détection de chute

**Autres prestations contractuelles :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Système d'automatisation de l'éclairage | <input type="checkbox"/> Détecteur de présence :                |
| <input type="checkbox"/> Détecteur de fuite de gaz connecté      | <input type="checkbox"/> Détecteur d'ouverture de porte         |
| <input type="checkbox"/> Détecteur de fumée connecté             | <input type="checkbox"/> Détecteur de présence                  |
| <input type="checkbox"/> Autres (préciser) .....                 | <input type="checkbox"/> Détecteur d'ouverture du réfrigérateur |
| .....  | <input type="checkbox"/> Détecteur de consommation d'énergie    |
| .....  | <input type="checkbox"/> Détecteur de consommation d'eau        |
| .....  | <input type="checkbox"/> Autres (préciser).....                 |
|  | .....   |

**MONTANT MENSUEL TOTAL DE L'ABONNEMENT :** ..... € TTC

**À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR (Merci de joindre l'avis d'imposition)**

**Attestation sur l'honneur \***

**Je soussigné(e)** .....

- avoir plus de 20\_000 euros d'épargne
- ne pas dépasser 20 000 euros d'épargne
- ne pas avoir d'épargne
- ne pas vouloir communiquer ma situation

Je suis parfaitement conscient(e) que toute fausse affirmation de ma part est susceptible de modifier la prise en charge tarifaire de mon maintien à domicile avec rétroactivité.

**Fait à** ..... **le** ..... **Signature :**

*\* Obligation de cocher une case*

**À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR (Merci de joindre un RIB)**

Coordonnées du tiers chargé du paiement : .....

Date : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Signature du demandeur :

Signature du tuteur/curateur:

Usager empêché de signer

Nom du signataire :

Motif : .....

Organisme :

.....  
.....

## CONDITIONS DE VERSEMENT DE L'AIDE

### L'aide sera versée sous certaines conditions

1. Selon l'offre proposée par le téléassisteur.
2. L'installation doit se faire dans l'habitation principale
3. L'utilisateur doit être domicilié à Cannes depuis plus de 3 mois.
4. L'utilisateur doit être âgé de plus de 65 ans ou en situation de handicap (bénéficiaire de l'AAH).
5. L'utilisateur doit bénéficier de l'allocation de téléassistance classique du Conseil Départemental des Alpes Maritimes, en fonction de ses revenus.
6. Selon les revenus, les revenus fonciers et de capitaux de l'utilisateur de l'année n-1 et de toutes les personnes vivant au domicile.
7. Pour bénéficier de l'aide facultative, l'utilisateur ne doit pas avoir une épargne supérieure ou égale à 20 000 euros.

### Cas particuliers :

- Dans le cas où, le montant de l'abonnement serait inférieur à la somme de l'aide facultative prévue et de l'allocation de téléassistance du Conseil Départemental, l'aide facultative mensuelle sera versée sur la base d'une des tranches des revenus inférieurs. Aucune aide facultative versée ne pourra dépasser le montant de l'abonnement moins les allocations existantes.
- Les bénéficiaires disposant d'un pack domotique du Conseil Départemental des Alpes Maritimes installé à domicile sont exclus de cette aide du CCAS.

Cette demande sera présentée à la Commission d'Attribution des Aides Facultatives (CASF) du CCAS qui émettra un accord ou un rejet ; celui-ci sera notifié à l'intéressé par courrier.

Le CCAS mandatera sur le compte bancaire de l'utilisateur le montant de l'aide facultative mensuelle. Le début de l'aide correspond au mois de la date du dépôt du dossier complet par l'utilisateur.

Au bout de 12 mois d'aide, l'utilisateur devra fournir un nouvel avis d'imposition pour recalculer le montant de l'aide facultative.

## DOCUMENTS À FOURNIR

Une fiche de demande d'aide facultative « aide téléassistance avancée » signée par l'utilisateur

- le contrat du téléassisteur
- le procès-verbal d'installation des matériels
- un avis d'imposition
- une attestation d'Épargne (page 2 – attestation sur l'honneur)
- d'un RIB-IBAN à son nom et à son adresse

## Demande à transmettre au Pôle Gérontologie et Handicap

Centre Communal d'Action Sociale de Cannes  
22 RUE BORNIOLE  
CS 60063 – 06414 CANNES CEDEX  
Tél. : 04 93 06 31 70  
Fax : 04 93 06 32 36

Mail : [ccaspgh@ccas-cannes.fr](mailto:ccaspgh@ccas-cannes.fr) - site internet : [www.ccas-cannes.fr](http://www.ccas-cannes.fr)