

Une aide
pour le maintien
à domicile

Un soutien
psychologique

Un accompagnement
vers l'accès à ses droits

Pour un été en toute tranquillité

Demande d'abonnement gratuit à la téléassistance Val'Écoute en juillet et août

Chaque été, le Département offre l'abonnement à la téléassistance du 1^{er} juillet au 31 août, sous certaines conditions.

Pour qui ?

Pour bénéficier de ce dispositif gratuit, les personnes doivent :

- être demandeuses, éligibles ou bénéficiaires, de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale ou de l'allocation compensatrice tierce personne plus de 60 ans (ACTP).
- disposer d'une ligne téléphonique;
- ne pas être déjà abonnées à la téléassistance.

Pourquoi s'abonner ?

Lorsque les proches s'absentent – pour les vacances par exemple –, ou lorsque la chaleur s'installe, la plate-forme d'appels est un relais pour éviter l'isolement.

La téléassistance, installée au domicile, permet de contacter une centrale d'appels 24 heures/24 et 7 jours/7 depuis chez soi sans avoir à décrocher son téléphone.

Elle contribue ainsi à un maintien à domicile en toute sécurité en offrant la possibilité de :

- déclencher une alerte en cas d'urgence;
- parler à un téléconseiller en cas de solitude.

Plus d'infos sur www.valdemarne.fr

Comment fonctionne la téléassistance ?

Avec un boîtier

Doté d'un haut-parleur et d'un micro, il est relié aux conseillers Val'Écoute. Il fonctionne avec une ligne téléphonique fixe ou portable.



Et un médaillon, ou un bracelet étanche, détecteur de chute

Il permet de déclencher à tout moment soi-même l'alarme en appuyant sur le bouton. Il active automatiquement une alarme en cas de chute lourde.

Comment demander la gratuité ?

Toute demande doit être effectuée à l'aide du formulaire (recto verso) ci-contre, à retourner au Conseil départemental. Tous les renseignements demandés doivent être complétés comme indiqué ci-dessous :

> Informations abonné

Elles sont utiles pour la pose de l'appareil et sont à remplir uniquement si la personne à contacter n'est pas l'abonné. Préciser les conditions d'accès au domicile.

> Situation de l'abonné

Il est recommandé de préciser des informations particulières comme : risque important de chute, de malaise, déplacement avec canne, déambulateur, fragilité cardiaque, problème respiratoire, etc.

> Personnes à prévenir

Pour valider le dossier, au moins une d'entre elles doit être « dépositaire de clés ».

- Les « dépositaires de clés » ne doivent pas résider à plus de 20 minutes du domicile de l'abonné. Ils sont susceptibles d'intervenir auprès de lui pour l'aider ou faciliter l'accès aux services de secours (médecins, SAMU, pompiers).
- Les autres « personnes à prévenir » peuvent résider n'importe où en France. En cas de problème (hospitalisation par exemple), elles sont prévenues a posteriori.

Retourner la fiche de renseignements à l'adresse suivante :

Département du Val-de-Marne
Direction de l'autonomie
Hôtel du Département
94054 Créteil cedex.

En quelques jours, les services de téléassistance prennent contact avec le bénéficiaire afin d'installer les appareils.

Comment poursuivre son abonnement après l'été ?

Un courrier est adressé fin août aux personnes qui en ont bénéficié pour les inviter à donner leur décision sur le choix de conserver ou non le dispositif, à l'aide d'un coupon-réponse à retourner. Le coût de l'abonnement sera alors de 10 € par mois environ. Les personnes qui choisiraient de conserver le dispositif au-delà de la période d'été peuvent solliciter le centre communal d'action sociale (CCAS) de leur commune de référence pour une éventuelle prise en charge de l'abonnement.

Contacts
Département du Val-de-Marne
Tél. : 3994
www.valdemarne.fr

Demande d'abonnement gratuit Val'Écoute - juillet - août (page 1/2)



Zone réservée à l'administration

N° abonné :

Référence :

Abonné

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Bât. : _____ Esc. : _____ Étage : _____ Porte : _____ Interphone : _____ Code : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone : | | | | |

Situation de l'abonné

<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme		Bonne	Moyenne	Mauvaise	Nulle
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire APA	<input type="checkbox"/> Bénéficiaire PCH	Vue _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire ACTP		Ouïe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de naissance : ____/____/____		Élocution _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mobilité _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informations particulières sur l'état de santé :

Nom du médecin traitant : _____

Téléphone cabinet : | | | | |

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Nom du médecin remplaçant : _____

Téléphone cabinet : | | | | |

L'abonné donne son accord exprès au service de téléassistance pour conserver en mémoire informatisée ses données nominatives. En application de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'abonné est informé qu'il peut, sur simple demande, accéder à son dossier et y apporter toute rectification. L'abonné s'engage à restituer le matériel de téléassistance en fin d'abonnement, quel que soit le motif de résiliation.

Fait à : _____ Le : _____

Signature

Merci de remplir
en entier et lisiblement
en lettres capitales
à l'encre noire.

Demande d'abonnement gratuit Val'Écoute - juillet - août (page 2/2)

Formulaire (recto verso) à retourner affranchi à :

Département du Val-de-Marne
Direction de l'autonomie
Hôtel du Département
94054 Créteil Cedex

Les renseignements ci-contre nous permettent
de connaître les personnes à prévenir. **Au moins
une d'entre elles doit être dépositaire de clés
pour la validation du dossier.**

Intervenants au domicile

Infirmière Aide ménagère autre _____

Nom : _____

Téléphone domicile : | | | | | | | |

Téléphone professionnel : | | | | | | | |

Fréquence des contacts : _____

Dépositaire de clés : Oui Non À prévenir : Oui Non

Infirmière Aide ménagère autre _____

Nom : _____

Téléphone domicile : | | | | | | | |

Téléphone professionnel : | | | | | | | |

Fréquence des contacts : _____

Dépositaire de clés : Oui Non À prévenir : Oui Non

Personne vivant sous le même toit

Nom : _____

Prénom : _____

Âge : _____

Animal domestique : Oui Non

Précisez (chien, chat, autre...) : _____

Personne à prévenir n° 1 (principale)

Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Âge (approximatif) : _____ Qualité : _____

Téléphone personnel : | | | | | | | |

Téléphone professionnel : | | | | | | | |

E-mail (facultatif) : _____

Temps de trajet : _____

Dépositaire de clés : Oui Non À prévenir : Oui Non

Personne à prévenir n° 2

Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Âge (approximatif) : _____ Qualité : _____

Téléphone personnel : | | | | | | | |

Téléphone professionnel : | | | | | | | |

E-mail (facultatif) : _____

Temps de trajet : _____

Dépositaire de clés : Oui Non À prévenir : Oui Non

Personne à prévenir n° 3

Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Âge (approximatif) : _____ Qualité : _____

Téléphone personnel : | | | | | | | |

Téléphone professionnel : | | | | | | | |

E-mail (facultatif) : _____

Temps de trajet : _____

Dépositaire de clés : Oui Non À prévenir : Oui Non