

MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES OU MALADES
SERVICE TELEALARME

Demande à adresser pour validation impérative au CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE VOTRE COMMUNE (CCAS)

Demandeur :

NOM Prénom Date de naissance

Adresse

Code Postal.....Commune.....

Numéro(s) de téléphone

Si autre personne à contacter pour le rendez-vous

Internet : OUI NON Opérateur :

Entourer la mention qui convient

Situation de famille :

Entourer la mention qui convient

Veuf (ve) – Marié(e) Date de naissance du conjoint :

Célibataire – Divorcé(e)

Personnes vivant au foyer (Nom et prénom si différent du demandeur) :

.....

Motif de la demande :

.....

Documents à joindre à votre demande :

- un **certificat médical** attestant que votre état de santé justifie la mise à disposition par la Communauté de communes du Pays de Fayence d'un poste de téléalarme à votre domicile,
- une **copie de votre dernier avis d'imposition** (copie resto-verso de l'avis d'imposition où figure le montant du revenu brut global annuel avec lequel votre redevance sera calculée).

Fait àle

signature :

AVIS DU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE

Favorable Défavorable (Motif :))

A le

(Signature du Président du CCAS)