

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)

Les renseignements ci-contre nous permettent de connaître les personnes à prévenir. **Au moins l'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

Infirmière  Aide ménagère  autre \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : | | | | | | | |

Téléphone professionnel : | | | | | | | |

Fréquence des contacts : \_\_\_\_\_

Dépositaire de clés :  Oui  Non

### Personne vivant sous le même toit

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Animal domestique :  Oui  Non

Précisez (chien, chat, autre...): \_\_\_\_\_

Formulaire (recto verso) à retourner affranchi à :  
**Département du Val-de-Marne**  
Direction de l'autonomie  
Hôtel du Département  
94054 Créteil Cedex

### Personne à prévenir n° 1 (principale)

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_

Téléphone 1 : | | | | | | | |

Téléphone 2 : | | | | | | | |

E-mail (facultatif) : \_\_\_\_\_

Temps de trajet : \_\_\_\_\_

Dépositaire de clés :  Oui  Non    Référent :  Oui  Non

### Personne à prévenir n° 2

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_

Téléphone 1 : | | | | | | | |

Téléphone 2 : | | | | | | | |

E-mail (facultatif) : \_\_\_\_\_

Temps de trajet : \_\_\_\_\_

Dépositaire de clés :  Oui  Non    Référent :  Oui  Non

### Personne à prévenir n° 3

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_

Téléphone 1 : | | | | | | | |

Téléphone 2 : | | | | | | | |

E-mail (facultatif) : \_\_\_\_\_

Temps de trajet : \_\_\_\_\_

Dépositaire de clés :  Oui  Non    Référent :  Oui  Non

Édité par le Département du Val-de-Marne - Direction de la communication / studio graphique - Photo : Damien Casey - Imprimerie Gravier - Avril 2023.



HANDICAP  
SENIORS  
PROCHES AIDANTS

### Une aide pour le maintien à domicile

Un accompagnement  
vers l'accès à ses droits

Un soutien  
psychologique

# 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<sup>er</sup> 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 fixe ou portable;
- 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.

## 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

Il permet de déclencher à tout moment soi-même l'alarme en appuyant sur le bouton.

## Comment poursuivre son abonnement après l'été ?

Lors de l'installation du matériel au domicile, la société Vitaris remet un coupon-réponse en invitant les personnes à le retourner à l'issue de la période de gratuité, pour faire connaître leur choix de conserver ou non le dispositif. Chaque personne concernée sera également recontactée à l'issue de la période de gratuité. En cas de non-réponse ou non-retour du coupon, le dispositif sera automatiquement conservé. Le coût de l'abonnement sera alors de moins de 10€ par mois. Les personnes qui choisiraient de conserver le dispositif au-delà de la période estivale peuvent solliciter leur centre communal d'action sociale (CCAS) pour une éventuelle prise en charge de l'abonnement.

Contacts  
**Département du Val-de-Marne**  
Tél. : 3994  
[www.valdemarne.fr](http://www.valdemarne.fr)

## Comment demander la gratuité ?

Toute demande doit être effectuée à l'aide du formulaire (recto verso) ci-contre, à retourner au Département.  
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.

### > Personnes à prévenir

Pour valider le dossier, au moins l'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.

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

### Abonné

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Bât. : \_\_\_\_\_ Esc. : \_\_\_\_\_ Étage : \_\_\_\_\_ Porte : \_\_\_\_\_ Interphone : \_\_\_\_\_ Code : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : | | | | |

### Situation de l'abonné

Homme  Femme  
 Bénéficiaire APA  Bénéficiaire PCH  Bénéficiaire ACTP  Aucune

Date de naissance :  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Médecin traitant

Nom : \_\_\_\_\_  
Téléphone cabinet : | | | | |  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Nom du médecin remplaçant : \_\_\_\_\_  
Téléphone cabinet : | | | | |

Toutes ces informations, obligatoires, sont collectées par Vitaris SAS (343 431 615 RCS Chalons-sur-Saône). Elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat. Elles ne seront pas transférées à un tiers, à l'exception du souscripteur du contrat et de votre banque. En cas de collecte indirecte, vous garantissez bénéficier de l'accord de la/des personne(s) dont vous communiquez les données. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression, de portabilité, de transmission en cas de décès s'agissant des données les concernant ainsi qu'un droit à la limitation du traitement, qui peut être exercé par courrier au siège de Vitaris, adressé à l'attention de Monsieur le Délégué à la Protection des Données. Toute demande doit être claire, précise et justifiée et accompagnée d'une copie d'identité et réalisée conformément au cadre légal applicable. Afin de faciliter les démarches Vitaris met à disposition des abonnés le site : <https://rgpd.vitaris.fr> sur lequel sont disponibles l'avis de confidentialité pour les clients ainsi que des formulaires types de demandes d'accès, de rectification ou d'effacement des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature

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