

**Service TÉLÉASSISTANCE – Formulaire d’abonnement**

CADRE RESERVE A EQUINOXE

Convention

Tarif d’installation

Tarif d’abonnement mensuel

Dépôt de garantie

**A retourner à :**

EQUINOXE

159, rue de Charenton

75012 PARIS

Tél : 01 44 73 87 77 – fax : 01 43 43 06 94

Mail : [contact@equinoxe-france.com](mailto:contact@equinoxe-france.com)

Site : [www.equinoxe-france.com](http://www.equinoxe-france.com)

Date de pose : ...../...../.....

matin

après-midi

MERCI DE REMPLIR CE DOCUMENT EN LETTRES MAJUSCULES

Mr, Mme, Melle : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : n°..... Rue .....

CP ..... Ville .....

TEL : .....

**INDISPENSABLE**

Code P 1 : ..... Bat : .....

Code P 2 : ..... Etage : .....

Escalier : ..... Porte : .....

TEL PORTABLE : .....

Situation familiale, vit :  Seul(e)  Couple

Courriel : .....

Autre : .....

PENSIONS ET RETRAITES

C.N.A.V.T.S, C.R.A.M, Caisse de retraite principale : .....

Caisses de retraite complémentaire : .....

Régimes Spéciaux (artisans, commerçants, professions libérales etc....) : .....

Allocation supplémentaire (ex : FNS) : .....

N° de Sécurité Sociale : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

**IMPORTANT** : Souscrivez-vous toujours un abonnement à **France Télécom** ?

oui  non

Avez-vous un autre opérateur en complément ?

oui  non

Si oui, précisez lequel (ex : CEGETEL, NOOS...) : .....

Avez-vous Internet ?

oui  non

Si oui, par l’ADSL ?

oui  non

Dossier rempli le..... par .....

## SERVICES DE MAINTIEN A DOMICILE EXISTANTS

	Nom et Cordonnées du service	Téléphone	Fréquence de passage	Clés
Service d'aide à domicile				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Service de port de repas				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Service de soins				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

## ETAT GENERAL (A remplir par vos soins. Un avis médical n'est pas obligatoire)

Percevez-vous l'Allocation Personnalisée Autonomie (A.P.A.)  oui  non

GIR :  1  2  3  4

	Vue	Audition	Elocution	Mobilité	Cohérence	Orientation
Bon						
Moyen						
Mauvais						
Très mauvais						

APPAREILLAGES  Déambulateur  Fauteuil roulant  Canne(s)  Prothèses  
 Autres .....

## ETAT DE SANTE (A remplir par vos soins. Un avis médical n'est pas obligatoire)

Etes-vous suivi régulièrement par un médecin ?  oui  non

Si oui, pour quelle(s) maladie(s) ?

MALADIE(S)	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Souffrez-vous d'une affection longue durée ?

Asthme  Diabète  Hypertension  Sclérose en plaque  
 Parkinson  Alzheimer  Epilepsie  Autre : .....

## MEDECIN TRAITANT : à compléter entièrement

Nom ..... Prénom.....  
Adresse .....  
CP ..... Ville.....  
Courriel .....

## ENTOURAGE, VOISINAGE

### LE COMITE EST COMPOSE OBLIGATOIREMENT DE 2 PERSONNES MINIMUM

Toute personne mentionnée ci-dessous doit posséder les clés ou savoir se les procurer.

**N°1** Nom..... Prénom..... **CLEF** :  *obligatoire*  
Adresse (n° et rue) : .....  
CP..... Ville : .....  
☎Domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....  
Courriel : .....  
On peut appeler cette personne (cochez 1 ou plusieurs cases) :  
En semaine :        jour        nuit        jour/nuit  
Le week-end :        jour        nuit        jour/nuit  
Lien (précis) avec l'abonné(e) : .....  
En combien de temps peut-il / elle se rendre chez l'abonné(e) ?.....

**N°2** Nom..... Prénom..... **CLEF** :  *obligatoire*  
Adresse (n° et rue) : .....  
CP..... Ville : .....  
☎Domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....  
Courriel : .....  
On peut appeler cette personne (cochez 1 ou plusieurs cases) :  
En semaine :        jour        nuit        jour/nuit  
Le week-end :        jour        nuit        jour/nuit  
Lien (précis) avec l'abonné(e) : .....  
En combien de temps peut-il / elle se rendre chez l'abonné(e) ?.....

**N°3** Nom..... Prénom..... **CLEF** :  *oui*    *non*  
Adresse (n° et rue) : .....  
CP..... Ville : .....  
☎Domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....  
Courriel : .....  
On peut appeler cette personne (cochez 1 ou plusieurs cases) :  
En semaine :        jour        nuit        jour/nuit  
Le week-end :        jour        nuit        jour/nuit  
Lien (précis) avec l'abonné(e) : .....  
En combien de temps peut-il / elle se rendre chez l'abonné(e) ?.....

**N°4** Nom..... Prénom..... **CLEF** :  *oui*    *non*  
Adresse (n° et rue) : .....  
CP..... Ville : .....  
☎Domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....  
Courriel : .....  
On peut appeler cette personne (cochez 1 ou plusieurs cases) :  
En semaine :        jour        nuit        jour/nuit  
Le week-end :        jour        nuit        jour/nuit  
Lien (précis) avec l'abonné(e) : .....  
En combien de temps peut-il / elle se rendre chez l'abonné(e) ?.....

**PERSONNE DE VOTRE ENTOURAGE A CONTACTER POUR SUIVI DE VOTRE DOSSIER :**

Nom ..... Prénom ..... CLEF :  oui  non  
Adresse (n° et rue) : .....  
CP..... Ville : .....  
☎ Domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....  
Courriel : .....  
Lien (précis) avec l'abonné(e) : .....

**SI MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE : Vous êtes :**  Sous tutelle  Sous curatelle

Gérant de tutelle ou curatelle : ..... CLEF :  oui  non  
Adresse (n° et rue) : .....  
CP..... Ville : .....  
☎ Travail : ..... Fax : ..... Portable : .....  
Courriel : .....

**LOGEMENT – INSTALLATION TECHNIQUE**

Vous habitez :  un appartement  une chambre en résidence  
 une maison / un pavillon  avec jardin

Nombre de pièces ou surface en m<sup>2</sup> : ..... Nombres de prises téléphoniques : .....  
Téléphone près du lit ?  oui  non Prises électriques près du téléphone :  oui  non

**SOUSCRIPTION ABONNEMENT BOITIER A CLES** (si vous ne souhaitez pas multiplier vos jeux de clés, Equinoxe peut installer un boîtier à code. Le code n'est connu que des personnes faisant partie de votre comité de voisinage.

Oui  Non  Je souhaite recevoir des informations complémentaires

**Vous avez connu Equinoxe par :**  Famille  Service Sociaux  Services Médicaux  
 Caisse de retraite  Commune  Entourage, voisinage  
 Médias

**Motif de la demande :**  Prévention  Chutes  Sortie hôpital  Isolement

**Demande effectuée par :**  Famille  Service Sociaux  Services Médicaux  
 Caisse de retraite  Commune  Entourage, voisinage  
 Futur(e) abonné(e)

**Avez-vous des contacts et êtes-vous aidé(e) par :**

- votre famille  oui  non
- vos amis, votre voisinage  oui  non

OBSERVATIONS PARTICULIERES (*précautions particulières, animaux domestiques...*) :

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

**Informations à fournir aux abonnés lors de l'enquête**

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaires d'enquête par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de l'Association EQUINOXE.

**Nom de l'abonné(e) :** .....