



Fiche d'inscription à Présence Verte

Tarifs 2015

présence verte
libres d'être actifs

OUVRE DROIT
À RÉDUCTION
D'IMPÔT DE **50%***

Fiche à nous retourner

Dès réception, votre conseiller prendra contact avec vous ou l'un de vos proches afin de convenir d'un rendez-vous pour l'installation

Choisissez votre Offre Présence Verte :



Activ'zen
libre de vivre
chez soi en toute
sécurité.



Offre de bienvenue
22,90 €/mois
puis
25,90 €/mois
au 01/01/2016

- un boîtier de connexion à la centrale d'écoute
- un déclencheur étanche de type médaillon ou montre
- une téléassistance 7 jours / 7 et 24 h / 24
- déclencheur supplémentaire **GRATUIT** pour le conjoint

- Frais d'installation et de mise en service : 49 €
- Si internet et dégroupage total ou absence de ligne téléphonique : + 6,90 € / mois

Vos options :

- Option «Sécurité» (Détecteur de fumée) : 3 € / mois
- Option «Sérénité» (Détecteur de chute brutale) : 7 € / mois
- Option «Convivialité» : 2 € / mois
 - échanges et discussions avec le service convivialité
 - accès à la cellule de soutien psychologique

Abonné(e)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe M F

Adresse : _____

CP : _____ Commune : _____ Téléphone : _____

Mail : _____ @ _____

Etat de santé : problèmes cardio-vasculaires chutes difficultés de déplacement handicap physique
 troubles de la vision troubles de l'audition difficultés d'élocution autre : _____

Informations complémentaires

Nom de votre caisse de retraite principale : _____ N° Sécurité Sociale : _____

Etes-vous bénéficiaire de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) ? Oui Non En cours

Etes-vous imposable ? Oui Non

Type d'habitat Appartement Maison Avec jardin

Disposez-vous d'une prise de courant près de votre prise téléphonique ? Oui Non

Avez-vous un abonnement à Internet ? Oui Non

Comment avez-vous connu Présence Verte ? Proches Médecin Mairie / CCAS Publicité Internet

Si autre, précisez : _____

*Conformément à l'article 199 sexdecies du Code général des impôts stipulant les modalités d'octroi de cet avantage.

Réseau de solidarité : au minimum 2 personnes pouvant vous secourir rapidement, autres que le médecin et les services d'urgence

1 ^{ère} personne	Nom : _____	Date de naissance : ____	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	Prénom : _____	Tél. 1 : _____		
	Mail : _____ @ _____	Tél. 2 : _____		
	Adresse : _____	Tél. 3 : _____		
	CP : _____	Commune : _____	Dispose des clés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> ami <input type="checkbox"/> voisin <input type="checkbox"/> aide à domicile <input type="checkbox"/> autre : _____			
	Joignable au téléphone : <input type="checkbox"/> de jour comme de nuit <input type="checkbox"/> de jour uniquement <input type="checkbox"/> de nuit uniquement			

2 ^{ème} personne	Nom : _____	Date de naissance : ____	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	Prénom : _____	Tél. 1 : _____		
	Mail : _____ @ _____	Tél. 2 : _____		
	Adresse : _____	Tél. 3 : _____		
	CP : _____	Commune : _____	Dispose des clés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> ami <input type="checkbox"/> voisin <input type="checkbox"/> aide à domicile <input type="checkbox"/> autre : _____			
	Joignable au téléphone : <input type="checkbox"/> de jour comme de nuit <input type="checkbox"/> de jour uniquement <input type="checkbox"/> de nuit uniquement			

3 ^{ème} personne	Nom : _____	Date de naissance : ____	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	Prénom : _____	Tél. 1 : _____		
	Mail : _____ @ _____	Tél. 2 : _____		
	Adresse : _____	Tél. 3 : _____		
	CP : _____	Commune : _____	Dispose des clés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> ami <input type="checkbox"/> voisin <input type="checkbox"/> aide à domicile <input type="checkbox"/> autre : _____			
	Joignable au téléphone : <input type="checkbox"/> de jour comme de nuit <input type="checkbox"/> de jour uniquement <input type="checkbox"/> de nuit uniquement			

4 ^{ème} personne	Nom : _____	Date de naissance : ____	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	Prénom : _____	Tél. 1 : _____		
	Mail : _____ @ _____	Tél. 2 : _____		
	Adresse : _____	Tél. 3 : _____		
	CP : _____	Commune : _____	Dispose des clés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> ami <input type="checkbox"/> voisin <input type="checkbox"/> aide à domicile <input type="checkbox"/> autre : _____			
	Joignable au téléphone : <input type="checkbox"/> de jour comme de nuit <input type="checkbox"/> de jour uniquement <input type="checkbox"/> de nuit uniquement			

Médecin traitant

Nom / Prénom : _____	CP : _____	Comune : _____	Tél. Cabinet : _____
----------------------	------------	----------------	----------------------

Si vous souhaitez que l'on prenne contact avec une autre personne que l'abonné(e) pour fixer le rendez-vous, précisez ci-dessous

Nom : _____	Prénom : _____	Tél : _____
Lien avec l'abonné : _____		

Fait à : _____
Le : _____

Nom ou Signature :

