



# présence verte

libres d'être actifs

# Fiche d'inscription à Présence Verte

Tarifs 2015

**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

- 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

- 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

## 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 <sup>ère</sup> 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 <sup>ème</sup> 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 <sup>ème</sup> 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 <sup>ème</sup> 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 :

