

**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 .....  
 COMMUNE.....  
 Numéro(s) de téléphone .....  
**Internet : OUI NON**  
**Opérateur**.....

**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 à .....le .....  
 (signature)

**AVIS DU CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE .....**

Favorable       Défavorable (Motif :.....)

A .....le .....  
 (Signature du Président du CCAS)