

**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 .....  
Si autre personne à contacter pour le rendez-vous .....  
**Internet : OUI NON Opérateur :** .....  
**Entourer la mention qui convient**

**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)