

DEMANDE DE TELE - ALARME

* **Coordonnées du demandeur :**
* Nom :
* Prénom :
* Date de naissance :
* Adresse :
* Téléphone : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ /
* **Demande faite suite à un retour de l’hôpital ?**  🞏OUI 🞏NON
* **Bénéficiaire de l’APA (Allocation Personnalisée d’Autonomie) :**

🞏OUI 🞏NON

**INFORMATIONS PRATIQUES :**

* **Tarif : 20 € / mois – le CCAS prend en charge la moitié soit 10 €**
* **Le demandeur devra prévoir pour le RDV avec l’assistante sociale :**
* 1 RIB
* le nom de 2 personnes référentes avec coordonnées téléphoniques