

## ACTION SOCIALE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE TÉLÉASSISTANCE

- Je dépose une 1<sup>ère</sup> demande d'aide pour la téléassistance
- Je souhaite renouveler ma demande d'aide pour la téléassistance

### ► Votre identité

N° de Sécurité sociale :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom :	.....
Prénom :	.....
Date de naissance :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### ► Vos coordonnées

N° de téléphone :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
E-mail :	.....@.....
Adresse postale :	..... ..... .....

### ► Personne à contacter pour le suivi de votre dossier

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom : ..... Prénom : ..... N° de téléphone : ..... E-mail : .....	Cette personne est : <input type="checkbox"/> Un membre de votre famille, un ami, un proche <input type="checkbox"/> Votre tuteur ou curateur <input type="checkbox"/> Une assistance sociale <input type="checkbox"/> Autre : .....
---	--

### ► Informations concernant le prestataire choisi

Nom du prestataire choisi : .....
Date de souscription du contrat de téléassistance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Montant des mensualités (montant net/mois) : .....€

La suite au verso ⇒

## ► Votre demande de prise en charge des frais de téléassistance

- Je souhaite bénéficier du dispositif de l'action sociale permettant une prise en charge des frais de téléassistance.
- J'atteste sur l'honneur ne pas bénéficier d'une prise en charge des frais de téléassistance auprès d'un autre organisme.
- En cochant cette case, vous engagez votre responsabilité tant au regard de la conformité déclarative que des obligations et droits qui en découlent

Les données à caractère personnel que la Cipav collecte, de même que celles qui sont recueillies ultérieurement, sont destinées à la Cipav en sa qualité de responsable du traitement. La Cipav veille à ce que seules les personnes habilitées puissent avoir accès à ces données. Les prestataires de services de la Cipav peuvent être destinataires de ces données pour réaliser les prestations que la Cipav leur confie. Certaines données personnelles peuvent être adressées à des tiers ou à des autorités légalement habilitées et ce pour satisfaire les obligations légales de la Cipav, réglementaires ou conventionnelles. Dans les conditions prévues par la réglementation relative à la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement des données vous concernant. Vous pouvez exercer vos droits par voie électronique à l'adresse suivante : [dpo@lacipav.fr](mailto:dpo@lacipav.fr) en y joignant la copie de votre carte nationale d'identité.

Vous venez de remplir votre demande de prise en charge des frais de téléassistance : assurez-vous que le formulaire est complet, daté, signé et accompagné des pièces suivantes :

### Pour une première demande :

- le contrat de téléassistance comportant le montant de votre abonnement
- le dernier avis intégral d'imposition ou de non-imposition du foyer

### En cas de renouvellement :

- votre nouvel échéancier annuel
- le dernier avis intégral d'imposition ou de non-imposition du foyer

Nous vous remercions d'adresser votre dossier par la **messagerie sécurisée** de votre [espace-personnel.lacipav.fr](https://espace-personnel.lacipav.fr) en sélectionnant le thème « Mon action sociale » et l'objet « Demander une aide action sociale ».

En cas de difficulté, vous pouvez nous transmettre votre dossier exceptionnellement par mail à l'adresse suivante : [action.sociale@lacipav.fr](mailto:action.sociale@lacipav.fr)

Après réception de votre demande, celle-ci sera instruite puis présentée à la Commission d'action sociale de la Cipav.

A l'issue du processus, vous recevrez une notification de la décision.

**Attention :** en cas de demande incomplète, celle-ci ne sera pas prise en charge.





L'action sociale  
de la Cipav

# La téléassistance

L'action sociale de la Cipav déploie une aide au financement de la téléassistance.

## De quoi s'agit-il ?

La téléassistance est un service d'assistance à distance qui permet aux personnes fragilisées de contacter un téléopérateur en cas de chute ou de malaise à domicile en appuyant sur un médaillon (ou montre) porté en permanence. Selon le degré d'urgence de la situation, le centre opérateur alerte un proche ou les services de secours pour une intervention rapide.

Ce dispositif permet ainsi le maintien à domicile tout en rassurant la famille de la personne qui en est équipée.



## Prise en charge du dispositif par la Cipav

Afin de faciliter le recours à la téléassistance, la Cipav propose à ses assurés la prise en charge totale ou partielle du coût de l'abonnement de téléassistance chez l'opérateur de leur choix.

Les assurés éligibles au dispositif doivent :

- percevoir une prestation servie par la Cipav (pension de retraite personnelle, pension de retraite de réversion, pension d'invalidité, rente de conjoint),

- justifier d'un revenu fiscal de référence inférieur à 48 000 € pour une personne seule et à 84 000 € pour un couple,

- ne pas bénéficier d'une prise en charge identique auprès d'un autre organisme.

**LACIPAV**

l'avenir en toute confiance

## Comment en bénéficier ?



1



Vous souscrivez un contrat de téléassistance auprès de l'opérateur de votre choix.

2



Vous déposez votre demande d'aide à l'action sociale de la Cipav via la messagerie sécurisée de votre [espace-personnel.lacipav.fr](mailto:espace-personnel.lacipav.fr).

Thème : Mon action sociale

Objet : Demander une aide action sociale

3



Après étude de votre demande par l'action sociale, vous recevez la notification de la décision d'accord ou de rejet.

4



En cas de prise en charge par l'action sociale, l'aide attribuée couvre tout ou partie du coût de l'abonnement pour une année. Cette aide pourra être renouvelée sur demande.