



**Centre Communal d'Action Sociale**  
**C.C.A.S**

☎ : 04.66.82.41.08

🕒 : 04.66.82.09.34

[secretariat@mairie-saintpaullesfonts.fr](mailto:secretariat@mairie-saintpaullesfonts.fr)

Affaire suivie par : Stella GALLISA

**Objet : Téléassistance**

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que, par délibération n°2015/10 du 2 décembre 2015, le Conseil d'Administration du C.C.A.S a décidé de reconduire l'aide à la téléassistance et d'octroyer une subvention forfaitaire correspondant à la moitié de l'abonnement, dont vous vous êtes acquitté pour l'année 2015, en laissant cependant à la charge de l'usager une participation forfaitaire de 30 €.

En conséquence, si vous êtes abonné(é) à un tel dispositif, vous pouvez-nous transmettre les pièces justificatives suivantes :

- la demande officielle de l'abonné via l'accusé de réception du présent courrier ci-dessous
- facture annuelle du prestataire de service attestant du paiement par l'abonné et le **cas échéant, déduction faites des autres aides (joindre justificatif aides)**
- un relevé d'identité bancaire de l'abonné

Mon équipe se tient à votre disposition pour tout autre renseignement qui vous serait utile.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

**Le Président**

**Marc ANGELI**



**Centre Communal d'Action Sociale**  
**C.C.A.S**

## **Accusé de réception à retourner en mairie**

### **Accueil du public**

Lundi - mardi : 9 H - 12 H / 13 H 30 - 17 H

Mercredi : 9 H - 16 H 30 **en continu**

Jeudi : 9 H 12 H / 13 H 30 - 18 H

Vendredi : de 9 H - 16 H **en continu**

Prénom : .....Nom : .....

### **Déclare**

- être abonné à un dispositif de téléassistance :
- ne pas être abonné à un dispositif de téléassistance :

**Oui**  je souhaite bénéficier de l'aide du CCAS concernant le dispositif de téléassistance

**Non** :  je ne souhaite pas bénéficier de l'aide du CCAS concernant le dispositif de téléassistance

### **Aide complémentaire éventuelle**

**Oui**  Je bénéficie d'aide complémentaire (Conseil général, mutuelle etc...)

Montant total des aides : .....

**Joindre justificatif**

**Non** :  Je ne bénéficie pas d'aide complémentaire (Conseil général, mutuelle etc...)

J'ai pris acte qu'il restera à ma charge la somme forfaitaire de 30 €.

A Saint-Paul-les-Fonts, le .....

Signature ::.....