



DEMANDE « BIOTEL »

A ADRESSER :

(ainsi que pour obtenir tous renseignements utiles)

**PROVINCE DE LIEGE
ADMINISTRATION CENTRALE
Bureau 2.1.1. – Téléphone social
Place de la République française, 1
4000 LIEGE.
Tél : 04/220.21.67 ou 220.21.46 ou
220.22.25**

**DEMANDE D'INTERVENTION PROVINCIALE DANS LES FRAIS DE
(BIO)TELEVIGILANCE**

à compléter et à signer par les personnes âgées et/ou handicapés qui sollicitent l'intervention provinciale dans les frais de (bio)télévigilance.

Je soussigné(e) (nom et prénom) :
(Nom de jeune fille pour les femmes)

Compte bancaire n° :

Date de naissance :

Adresse : rue n°

Code postal : Localité :

N° téléphone :/.....

Bénéficiaire de l'intervention provinciale dans les frais de téléphone

N° dossier :/.....

DECLARE SUR L'HONNEUR :

1) que je dispose d'un appareil de (bio)télévigilance, émetteur-récepteur couplé sur un appareil téléphonique,
depuis le

Nom de l'organisme assurant ce service de (bio)télévigilance :
.....

Montant annuel de la location et/ou de l'abonnement :€
(joindre la preuve de votre dernier paiement)

2) que je remplis actuellement toutes les conditions imposées par le règlement provincial en la matière ;

3) je m'engage :

a) à donner immédiatement connaissance à la Province de Liège du fait que je ne satisfais plus à une des conditions fixées pour bénéficier de l'intervention provinciale ;

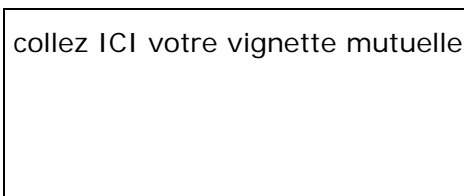
b) à rembourser la Province de Liège de son intervention, à la suite d'une déclaration incomplète ou fautive à propos de ces conditions ou en cas de notification tardive de la modification entraînant le retrait de l'intervention provinciale ;

4) j'autorise la Province de Liège, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à vérifier, soit auprès des autorités compétentes, soit dans ma demeure, si je remplis réellement toutes les conditions exigées.

Fait à le

SIGNATURE

collez ICI votre vignette mutuelle



**A COMPLETER PAR L'ORGANISME PROMOTEUR DU SERVICE DE
TELEASSITANCE OU DE (BIO)TELEVIGILANCE**

Je soussigné(e),

responsable (Nom et adresse de l'organisme promoteur du service de téléassistance ou de (bio)télévigilance)

.....

.....

certifie que

la personne citée au verso de la présente

- dispose à son domicile d'un appareil de téléassistance ou de (bio)télévigilance placé par nos soins, émetteur-recepteur couplé sur un appareil téléphonique ;
- que le montant annuel de la location et/ou de la redevance de ce service s'élève à€
- que le dernier paiement mensuel a été enregistré en date du
- que le service s'engage à respecter le secret professionnel et à garantir au bénéficiaire la liberté de choix du médecin et des services médicaux-sociaux.

Fait à, le

Signature :

P.S. : Votre service dispose-t-il d'une centrale d'écoute permanente où un personnel qualifié est prêt à recevoir 24 heures sur 24 heures les appels des télé-assistés, de les identifier et de prendre les mesures qui s'imposent pour leur venir en aide :

OUI – NON (*)

(*) biffer la mention inutile