



santé  
famille  
retraite  
services

AIN-RHONE

## DEMANDE DE PARTICIPATION A LA TELEASSISTANCE

La MSA Ain – Rhône participe aux **frais d'abonnement** d'un appareil de téléassistance pour les personnes **relevant prioritairement de la MSA du Rhône ou de l'Ain** et dont les ressources ne dépassent pas un plafond fixé annuellement par le Conseil d'Administration

**Montant de l'aide** : 10 euros par mois  
(10 € par mois, installation exclue, aussi pour les résidents de MARPA-PUV)  
**(Fournir les justificatifs contrat d'abonnement - factures ou échéanciers)**

1<sup>ère</sup> demande

Demande complémentaire

NOM – Prénom : \_\_\_\_\_

N° matricule : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_

Montant des ressources : (Fournir le dernier avis d'imposition) \_\_\_\_\_

**En cas de décès du conjoint, fournir les justificatifs d'attribution de toutes les réversions (retraites de base et complémentaires)**

Etes vous bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ? : **OUI – NON**

Si oui, depuis quelle date ? : .....

**(Joindre photocopie du plan d'aide accordée dans le cadre de l'A.P.A.)**

*Attention : Les bénéficiaires de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) pour lesquels la téléassistance est déjà financée, ne peuvent pas bénéficier de cette aide.*

Je soussigné (e).....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans cette demande.

A ....., Le .....

Signature

**LE DOSSIER EST A RETOURNER dans le mois qui suit la facturation A LA :**

MSA AIN RHONE  
SERVICE D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE  
35-37 RUE DU PLAT  
69232 LYON CEDEX 02

**MSA Ain-Rhône**

**Siège social :**

**Site de l'Ain :**

35-37, rue du Plat - B.P. 2612

15 avenue du Champ de Foire

tél : 04 74 45 99 00

69232 LYON CEDEX 02

01059 BOURG EN BRESSE CEDEX 9

fax : 04 74 45 98 98

[www.msa01-69.fr](http://www.msa01-69.fr)