

DEMANDE D'ADMISSION EN UATR (UNITE D'ACCUEIL TEMPORAIRE DE REPIT)

Afin de ne pas alourdir le texte, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique ; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

Le demandeur doit impérativement être en âge AVS et être domicilié à Genève. Les justificatifs demandés ainsi qu'un rapport médical confidentiel UATR, établis et signés par un médecin traitant installé en Suisse, doivent impérativement être joints en annexe de la présente demande.

1. IDENTITE DU DEMANDEUR

	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Nom	:	
Prénom	:	
Date de naissance	:	
Etat civil	:	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Partenaire enregistré
Adresse	:	
NPA	:	Localité :
N° téléphone	:	
Adresse e-mail	:	

2. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° AVS	:	
Caisse maladie de base	:	
 Joindre copie R/V carte assurance		

Bénéficiaire de prestations complémentaires ?

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	 Joindre dernière décision SPC
------------------------------	------------------------------	---

Représentant éventuel:

Nom et prénom	:	
Adresse	:	
NPA	:	N° téléphone :
Lien avec le demandeur	:	

Médecin traitant :  Joindre le rapport médical confidentiel UATR

Nom et prénom	:		
Adresse	:		
NPA	:		Localité :
N° téléphone			
Adresse e-mail	:		

Adresse de facturation du séjour :

Nom et prénom	:		
Adresse	:		
NPA	:		N° téléphone :
Adresse e-mail	:		

3. CONDITIONS DE VIE

Vit seul		<input type="checkbox"/>
Vit avec son conjoint ou concubin		<input type="checkbox"/>
Vit avec l'un de ses enfants		<input type="checkbox"/>
Vit avec autres (à préciser)		
Bénéficie de prestations d'aide et de soins à domicile ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Nom du prestataire d'aide et de soins à domicile		

4. ETAT DE SANTE

Autonomie	Oui	Non	Comportement	Oui	Non
Mobilité réduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendances aux chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles psychiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risques de fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. MOTIF DE LA DEMANDE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Répit du demandeur | <input type="checkbox"/> Fin d'une hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Répit du proche aidant | Lieu de provenance : |
| <input type="checkbox"/> Absence du proche aidant | <input type="checkbox"/> Logement actuel en travaux |
| | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

Nombre de jours de séjour souhaité (5 jours minimum, 45 jours maximum)	
Séjour souhaité dès le (dates définitives fixées par l'UATR selon la disponibilité des lits)	

6. ARRHEs

Afin de permettre la confirmation du séjour en UATR, des arrhes d'un montant de CHF 500 doivent être versées à l'avance sur l'IBAN suivant :

CH70 8080 8006 4019 5975 3

Banque Raiffeisen Région Genève Rhône,

Bénéficiaire : Habitats et accompagnements des générations seniors – 1213 Petit-Lancy

Cette somme sera portée en déduction de la facture finale établie à la fin du séjour.

Toute annulation de réservation doit être communiquée à l'UATR 10 jours ouvrables avant la date d'admission prévue. Le montant total des arrhes est alors remboursé.

En cas de résiliation dépassant ce délai, le montant total des arrhes versées sera conservé au titre de frais d'annulation.

Demande à retourner à l'adresse suivante : **UATR de l'Adret**
Place de Pont-Rouge 2
1212 Grand-Lancy

accompagnée des justificatifs suivants :

- **Copie pièce d'identité ou permis :**
 - pièce d'identité, si originaire de Genève ;
 - ou permis d'établissement, si origine autre canton ;
 - ou permis de séjour, si nationalité étrangère.

- **Copie recto-verso de la carte d'assurance maladie** de l'année courante

- **Rapport médical confidentiel et Demande de prise en charge médicale durant le séjour en UATR** remplis par un médecin traitant établi en Suisse.

- **Copie de la dernière décision SPC**, si bénéficiaire de prestations complémentaires

Par sa signature, le demandeur ou le représentant atteste de l'authenticité des diverses informations communiquées dans la présente demande.

Date :

**Signature demandeur
ou représentant:**