

## DEMANDE D'ACCUEIL DE PROXIMITE

*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 bénéficier d'un proche aidant.

### 1. IDENTITE DU DEMANDEUR

	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Nom :		
Prénom :		
Date de naissance :		
Etat civil :		
Adresse :		
NPA :	Localité :	

#### Proche aidant :

Nom et prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
NPA :	Localité :	
N° téléphone :		
Adresse email :		
Lien de parenté :		

### 2. SITUATION SOCIALE ET ETAT DE SANTE

Mobilité réduite :  Oui -  Non - Si oui, moyen auxiliaire utilisé :  Rolateur  
 Fauteuil roulant

Intolérance alimentaire :  Oui -  Non

Troubles cognitifs :  Oui -  Non

Incontinence :  Oui -  Non

Traitement médical en cours : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. PRESTATIONS SOUHAITEES (tarifs journaliers)

<input type="checkbox"/> Forfait matinée (10h00 - 12h00)	CHF 15.-
<input type="checkbox"/> Forfait midi (12h00 - 14h00) comprenant le repas de midi	CHF 17.-
<input type="checkbox"/> Forfait après-midi (14h00-17h00)	CHF 19.-
<input type="checkbox"/> Forfait journée (10h00-17h00) comprenant le repas de midi	CHF 50.-

Accueil souhaité dès le : \_\_\_\_\_

Jours d'accueil souhaités :  Lundi -  Mardi -  Mercredi -  Jeudi -  Vendredi

#### Fréquence souhaitée :

Hebdomadaire -  Quinzaine -  Mensuel - Autre : .....

Pour confirmer de manière définitive votre réservation, un contrat d'accueil de proximité, sera établi et signé, ceci une fois l'inscription acceptée et l'accueil planifié.

La présente demande d'admission  
est à retourner à l'adresse suivante :

**UAP Vendée**  
Chemin de la Vendée 1  
1213 Petit-Lancy

ou

par email à l'adresse suivante :

contactuapvendée@hageslancy.ch

*Par sa signature, le proche aidant atteste de l'authenticité des diverses informations communiquées dans la présente demande, et est informé et consent au traitement des données personnelles du demandeur par l'HAGES, ceci dans le cadre de la présente demande d'accueil.*

Date :

Signature du proche aidant :

#### A NE PAS REMPLIR (à usage exclusif de l'HAGES)

Demande  Acceptée  Refusée

Motif du refus éventuel : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :