

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 : <input type="text"/>
N° téléphone :	
Adresse e-mail :	

2. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	
N° AVS :	
Caisse maladie de base :	
<i>Joindre copie R/V carte assurance</i>	
Bénéficiaire de prestations complémentaires ?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	 Joindre dernière décision SPC

<u>Représentant éventuel:</u>	
Nom et prénom :	
Adresse :	
NPA :	N° téléphone : <input type="text"/>
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

Diminution de l'indépendance
du demandeur

Répit du proche aidant

Absence du proche aidant

Fin d'une hospitalisation

Lieu de provenance :

Logement actuel en travaux

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 confirmer de manière définitive votre réservation, des arrhes sont demandées selon les cas et la durée du séjour prévue :

- Séjour jusqu'à 15 jours : CHF 500.-
- Séjour jusqu'à 30 jours : CHF 1'000.-
- Séjour jusqu'à 45 jours : CHF 1'500.-

Pour les personnes au bénéfice de prestations complémentaires, les frais de séjour sont partiellement pris en charge par le Service des prestations complémentaires (SPC), et un montant d'arrhes unique de CHF 500.- est demandé, quelle que soit la durée du séjour.

Les arrhes doivent être versées à l'avance sur le compte :

IBAN : CH70 8080 8006 4019 5975 3
Banque Raiffeisen Région Genève Rhône

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

