



DEMANDE D'ADMISSION – CHAMBRE UATR

1. Demande d'admission établie par

Nom, Prénom:
En qualité de :
Tél. fixe :
Tél. portable :
Email:
Date:

2. Identité du client

Nom, Prénom:	
Nom de jeune fille :	
Date naissance :	Origine :
Adresse :	
.....	
Langue(s) parlée(s):	Tél. :
Etat civil :	Confession :
Hospitalisé(e) au moment de la demande : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, depuis le :	
Nom de l'institution :	

3. Médecin traitant

Nom, Prénom:
Adresse :
.....
Tél. :
E-mail :

4. Renseignements administratifs

Caisse-maladie (nom et adresse)

..... N° AVS :

..... N° SPC :

.....
N° d'assuré :

Adresse de facturation (répondant financier)

Nom: Prénom :

Adresse :

.....
Tél. :

E-mail :

Inscription(s) auprès d'autre(s) établissement(s) ? Oui Non

Si oui, nom (s):

Séjour(s) UATR effectué(s) auprès d'autre(s) établissement(s) durant l'année en cours?

Oui Non

Si oui, combien de jours:

5. Condition de vie – situation sociale

Vit seul(e)

Vit avec conjoint(e)

Vit avec enfant(s)

Autre :



Les Charmettes
Etablissement médico-social

6. Entourage

Parmi les personnes désignées ci-dessous, merci de spécifier quelle est la personne de contact durant le séjour UATR (joignable 7j/7, 24h/24 en cas d'urgence).

Cocher ce qui convient : <input type="checkbox"/> représentant thérapeutique <input type="checkbox"/> proche aidant	
<input type="checkbox"/> curateur	<input type="checkbox"/> représentant financier
Nom :	Prénom :
Adresse :	
.....	
Lien (parenté/autre) :	
Email :	
Tél mobile :	
Cocher ce qui convient : <input type="checkbox"/> représentant thérapeutique <input type="checkbox"/> proche aidant	
<input type="checkbox"/> curateur	<input type="checkbox"/> représentant financier
Nom :	Prénom :
Adresse :	
.....	
Lien (parenté/autre) :	
Email :	
Tél mobile :	
Cocher ce qui convient : <input type="checkbox"/> représentant thérapeutique <input type="checkbox"/> proche aidant	
<input type="checkbox"/> curateur	<input type="checkbox"/> représentant financier
Nom :	Prénom :
Adresse :	
.....	
Lien (parenté/autre) :	
Email :	
Tél. mobile :	

7. Demande de séjour UATR

Motif de la demande:

.....

.....

.....

.....

.....

Durée du séjour: du

au

8. Conditions d'admission¹

Les conditions d'admission sont **cumulatives** et doivent être totalement remplies positivement pour bénéficier d'un séjour en UATR.

AGE AVS* Oui Non

Domicilié à Genève Oui Non

Durée de séjour*
(min. 15 - max. 45 jours/an)

Nombre de jours prévus : jours

Prescription médicale pour le séjour en UATR

Demande de dérogation en cours ? Oui Non

Demande initiée par :

Demande de dérogation obtenue ? Oui Non

¹ Selon le cadre légal établi (article 30 RSDom) et son esprit, le séjour en UATR est destiné à des personnes de plus de 65 ans vivant à Genève et souffrant de **troubles physiques, psychiques et/ou troubles cognitifs** nécessitant des prestations socio-hôtelières, des soins de base et d'aide aux AIVQ sans pathologie décompensée ou aigue nécessitant une hospitalisation et étant au bénéfice d'une prescription médicale indiquant le besoin d'un séjour de répit.



** Possibilité de demande de dérogation*

Documents à fournir au plus tard au moment de l'entrée :

- Ordonnance médicale pour les traitements en cours
- Copie d'une pièce d'identité
- Copie de la décision de curatelle, si applicable