



## DEMANDE D'ADMISSION EN UATR UNITÉ D'ACCUEIL TEMPORAIRE DE RÉPIT

L'inscription ne pourra être traitée qu'avec des données complètes

### IDENTITÉ DU CLIENT

---

Nom			
Prénom			
Nom De jeune fille			
Adresse			
N° postal / localité			
Téléphone(s)			
Date de naissance			
Lieu de naissance		Origine	
Nationalité		Confession	
Etat civil	célibataire <input type="checkbox"/>	marié(e) <input type="checkbox"/>	Veuf(ve) <input type="checkbox"/>
	divorcé(e) <input type="checkbox"/>	séparé(e) <input type="checkbox"/>	
Langue(s) parlée(s)			
Hospitalisé(e) au moment de la demande :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Si oui, depuis le			
Nom de l'institution			

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Caisse maladie (nom)	N° assuré(e)	
N° carte assurance maladie	807560	
Médecin traitant (nom, prénom)		
N° AVS	756.	N° SPC

Durant l'année en cours avez-vous séjourné dans un UATR ?    oui     non

Si oui, merci de préciser :

Nombre de jours        jours

Nom de l'établissement   

## DEMANDE DE SEJOUR

Durée du séjour souhaitée :    du     au

Nombre de jours :        jours

**La durée du séjour\* en UATR est de 5 jours minimum et de 45 jours maximum par année.**

\*Possibilité de demande de dérogation de prolongation de séjour de 45 jours maximum par année civile, renseignée et soumise à acceptation. Cette dernière n'est possible que si les périodes de répit ne se suivent pas.

### Motif de la demande :

- Absence momentanée de proches aidants
- Hospitalisation d'un proche aidant
- Mesure de répit pour le bénéficiaire
- Mesure de répit pour les proches aidants
- Logement momentanément inhabitable ou inaccessible



---

**ENTOURAGE / REPONDANT**

**Personne à contacter en cas d'urgence**

Nom, Prénom

En qualité de

Tél. Privé  Tél. Prof.

Tél. Portable

**Autre(s) personne(s) proche(s)**

Nom, Prénom

En qualité de

Tél. Privé  Tél. Prof.

Tél. Portable

Nom, Prénom

En qualité de

Tél. Privé  Tél. Prof.

Tél. Portable

**Répondant financier pour la facturation**

Nom, Prénom

Adresse

E-mail



---

**CONDITIONS DE VIE**

**Entourage :**

Vit seul(e)

Avec conjoint

Avec enfant(s)

Autre (préciser)

**Logement :**

Appartement

Villa

IEPA

Autre (préciser)

Brève histoire de vie (faits marquants, ancienne profession, etc) :

Activités, loisirs :

Au bénéfice de prestations d'aide et de soins à domicile : oui  non

Si oui, nom de l'organisme d'aide et de soins à domicile



---

## DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR

- Copie carte d'identité ou passeport
- Copie permis de séjour (si nationalité étrangère)
- Copie attestation d'assurance maladie (année en cours)
- Prescription médicale du médecin traitant justifiant du séjour en UATR
- Rapport médical (formulaire en annexe pour le médecin traitant)
- Feuille de traitement en cours

Je soussigné(e), déclare sur l'honneur avoir répondu avec exactitude et de manière complète aux informations demandées figurant sur la présente demande.

Lieu et date

Nom et prénom du requérant ou du représentant légal

Signature