



DEMANDE D'ADMISSION EN UATR DES ARENIERES

Dates souhaitées : du au

Dates flexibles : Oui Non

Raison du séjour :

- Répit des proches aidants
- Rétablissement post-hospitalier
- Eviter une hospitalisation
- Découvrir la vie en Institution

Données personnelles :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Prénom du conjoint :

Adresse :

N° postal : Localité :

Téléphone(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Etat civil : Confession :

Nationalité : Autorisation de séjour : B C

Pays d'origine (pour les étrangers) :

Langue(s) parlée(s) :

Existe-t-il un encadrement médico-social à domicile (soins à domicile, accompagnement par des proches etc.) : Oui Non

Si oui, quelle(s) fréquence(s) et prestation(s) :

Hospitalisé(e) au moment de la demande : Oui Non

Si oui, depuis le : Nom de l'institution :

Personne de référence à contacter :

Nom : Prénom :

Adresse :

N° postal : Localité :

Lien de parenté : Tél. privé :

Tél. portable : Tél. professionnel :

E-mail :

Professionnel du réseau socio-sanitaire :

(Exemple : assistante sociale)

Renseignements administratifs :

Caisse-maladie (nom et adresse) :

.....

N° d'assuré / N° de police :

Médecin traitant (nom et adresse) :

.....

Téléphone :

N° AVS : N° bénéficiaire SPC :

Demande d'admission remplie par : Futur Résidant * Curateur * Représentant Autres :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. :

** Merci de joindre la copie de la décision du Tribunal, ou de la procuration***Ce formulaire est à transmettre à l'UATR des Arénières avec les pièces justificatives suivantes :**

- Demande de prise en charge médicale.
- Rapport médical.
- Copie de la carte d'identité ou titre de séjour ainsi que la copie de la carte d'assuré.
- Si disponibles, directives anticipées.

UATR des Arénières admissions@vesperale.ch – Tél. 022 708 19 19

Quai des Arénières 12-14, 1205 Genève