*(Laisser en blanc)*

**Demande d'autorisation d’accès aux prestations de**

**l'unité d'accueil temporaire (UAT)**

**Nouvelle demande** [ ]  **Prolongation** [ ]

|  |
| --- |
| Identité de l’enfant/l’adolescent  |
| Nom :       Prénom-s :       *(Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel)*Date de naissance :       *(j/m/a)* féminin [ ]  masculin [ ] Adresse :       NP + localité :      No 🕿 :       Vivant en Suisse depuis la naissance [ ]  depuis le:      N° AVS :       Langue-s première-s :       Autre-s langue-s :       |
| Représentant-s légal-aux |
| Représentant-e légal-e 1 |  Représentant-e légal-e 2 |
| Nom :      Prénom :      Date de naissance :       *(j/m/a)*Adresse :      NP + localité :      No 🕿 :      Courriel :       |  Nom :       Prénom :       Date de naissance :       *(j/m/a)* Adresse :      NP + localité :       No 🕿 :       Courriel :       |
| **Autorité parentale**: oui [ ]  non [ ]   **Autorité parentale**: oui [ ]  non [ ]   |
| 1. **Informations complémentaires**
 |
| Votre enfant est-il au bénéfice des prestations suivantes :* mesure octroyée par l'office de l'enseignement spécialisé (OESN) : oui [ ]  non [ ]
* allocation pour impotent : oui [ ]  non [ ]  Degré :      ***Si oui, joindre obligatoirement une copie de la décision de l'assurance invalidité***
* allocation pour soins intenses : oui [ ]  non [ ] ***Si oui, joindre obligatoirement une copie de la décision de l'assurance invalidité***
* Votre enfant bénéficie-t-il d’une prestation d’internat en école spécialisée ? Oui [ ]  Non [ ]
 |
| 1. **Médecin de référence**
 |
| Nom et prénom :      Spécialité :      Adresse :       No 🕿 :      NP + localité :       Courriel :       |

|  |
| --- |
| 1. **Suivi social de l’enfant**
 |
| Curatelle [ ]  Tutelle [ ]  Assistant-e-social-e sans mandat officiel ou judiciaire [ ]  Autre **[ ]** Nom et prénom de la personne responsable :      Nom de l'institution (le cas échéant) :      Adresse :       No 🕿 :      NP + Localité :       Courriel :       |

## Autorisation

Par leur signature, le-les représentant-s légal-aux de l’enfant/l’adolescent autorise-nt toutes les personnes et toutes les entités concernées par le suivi de l'élève (en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements spécialisés, les caisses-maladie et les organismes publics) à donner à l’OESN les renseignements nécessaires à l’examen du bien-fondé de la demande et de l’octroi de prestations.

**Par leur signature, le-s représentant-s légal-aux donne-nt leur accord à l'analyse de la demande.**

**Le dépôt de la demande ne présuppose pas l'octroi d'une mesure. L'OESN peut demander des informations complémentaires au-x représentant-s légal-aux notamment si le dossier dont il dispose ne permet d'identifier la correspondance au public cible.**

Lieu et date :

Signature du ou des représentant-s légal-aux

**L’unité d’accueil temporaire (UAT)**

L’UAT se définit comme un lieu d’accueil temporaire pour des enfants/adolescents de 0 à 18 ans en situation de handicap. Elle a comme mission d’alléger momentanément les charges familiales dans l’accompagnement des enfants/adolescents en situation importante de handicap (polyhandicap, troubles du spectre de l'autisme, retard mental).

Elle n'est pas assimilable à un lieu de vie (internat) et se présente comme un lieu d'accueil temporaire.

Peuvent prétendre à une place en UAT, les enfants/adolescents qui :

* sont au bénéfice d'une mesure renforcée ou potentiellement en droit d’en bénéficier ;
* correspondent au public cible (sur la base d'un rapport médical) :
	+ Polyhandicap
	+ Troubles du spectre de l'autisme
	+ Handicap mental
	+ Handicap physique grave ;
* perçoivent une allocation pour impotent.

Ces critères d’octroi sont cumulatifs.

Pour des raisons de prise en charge ad hoc, les enfants/adolescents ayant des comorbidités psychiatriques importantes ne peuvent pas fréquenter l'UAT.

L'UAT a une capacité d'accueil limitée et fonctionne sur la base d'un système de réservation anticipée.

La réservation est effectuée auprès du domaine de compétences de l'école spécialisée de la Fondation Les Perce-Neige sur la base préalable d'une décision d'autorisation d'accès à la prestation rendue par l'OESN. L'OESN rend sa décision sur la base du présent formulaire et des conditions mentionnées ci-dessus.

L'enfant/l’adolescent peut bénéficier au maximum de 10 journées ou nuitées par année civile. L'autorisation est valable au maximum 2 ans.

Les prestations de l’UAT ne sont pas cumulatives avec celles de l’internat d’une école spécialisée.