

Dossier social type de demande d'admission en ACT

Merci de ne pas joindre de copie de documents administratifs

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.) « hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion » (extrait du décret 2002-1227 du 3 octobre 2002).

(Ne pas remplir)

| | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------|---------------------|
| Établissement instruisant la demande | | Réservé au service ACT | |
| | | N° | |
| Nom et qualité du travailleur social | | <u>Date réception</u> | <u>Date réponse</u> |
| Coordonnées | | <u>Compte-rendu médical</u> | oui/non |
| | | Avis de l'équipe | |

Type d'hébergement ACT demandé

| | | |
|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Collectif | <input type="checkbox"/> Semi-collectif | <input type="checkbox"/> Individuel |
|------------------------------------|---|-------------------------------------|

Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| Nombre de malade(s) : | Nombre d'accompagnant(s)* : |
|-----------------------|-----------------------------|

État civil du (des) demandeur(s)

| | M. Mme Melle | M. Mme Melle |
|--|---|---|
| Nom | | |
| Prénom | | |
| Date de naissance | | |
| Sexe | | |
| Situation familiale | | |
| Nationalité | | |
| Pièce d'identité (CNI, titre de séjour, APS) | | |
| <i>Si titre de séjour précisez si autorisation de travailler</i> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Tutelle/curatelle | | |

État civil du (des) enfant(s)

N° de téléphone de la personne à accueillir :

| Nom-Prénom | Sexe | Date de naissance | A charge en France | | Si mesure de protection et/ou suivi(s) extérieur(s), précisez |
|------------|------|-------------------|--------------------|-----|---|
| | | | Oui | Non | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

*Accompagnants : toutes personnes non-malades (enfant(s), conjoint, compagnon,...) vivant avec le demandeur.

Logement/Hébergement actuel

| | M. Mme Melle | M. Mme Melle |
|------------------------------|--------------|--------------|
| Type de logement/hébergement | | |
| Facultatif : coordonnées | | |

Ressources

| Nature (AAH, RSA, salaire...) | M. Mme Melle Montant | M. Mme Melle Montant |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| Total | | |

Charges et dettes

| Nature | M. Mme Melle Montant | M. Mme Melle Montant |
|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| Total | | |
| Dettes éventuelles | | |

Couverture sociale

| | M. Mme Melle | M. Mme Melle |
|-----------------------------|--------------|--------------|
| Base (régime général, CMU) | | |
| CMU complémentaire/mutuelle | | |
| 100% A.L.D. | | |
| AME | | |

Autre(s) intervenant(s)

| |
|--|
| |
| |

Évaluation sociale à joindre

Précisez tous les éléments utiles à la demande d'admission tels que la capacité à vivre seul et les éventuels projets à court et/ou moyen terme

Document(s) impératif(s) en complément du dossier social :

- Rapport médical joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure.
- Demande d'admission en ACT signée par le demandeur.
- Lettre de motivation du demandeur si demandée par structure ACT

Signature du professionnel instruisant la demande

Demande d'admission en Appartement de coordination thérapeutique (ACT)¹

Je soussigné(e)² _____

Né(e) le _____ à _____

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein de la (les) structure(s)
ACT³ suivante(s) :

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette (ces) structure(s).

Fait à _____

Le _____

Signature

¹ Signer une demande d'admission par demandeur

² Nom du demandeur

³ Nom de la (des) structure(s)