

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)

Etablissement instruisant la demande		Réservé au service ACT	N°
Nom et qualité du travailleur social		Date réception	Date réponse
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)* :
-----------------------	-----------------------------

Etat Civil du(des) demandeur(s)

	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe		
Situation familiale		
Nationalité		
Pièce d'identité. Validité et nature (CNI, Titre de séjour, APS,...) Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler	Oui Non	Oui Non
Tutelle/curatelle		

Etat Civil de(des) l'enfant(s)

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 (enfants, conjoint, compagnon,...) vivant avec le demandeur.

Logement/Hébergement actuel

	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
Type de logement/hébergement		
<u>Facultatif</u> : Coordonnées		

Ressources

Nature (AAH, RMI, salaire...)	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
	Montant	Montant
Total		

Charges

Nature (AAH, RMI, salaire...)	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
	Montant	Montant
Total		
Dettes éventuelles		

Couverture Sociale

	M. Mme Mlle	M. Mme Mlle
Base (régime général, CMU)		
CMU Complémentaire / Mutuelle		
100% A.L.D		
AME		

Autre(s) intervenant(s)

Evaluation 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.

N'oubliez pas que certaines structures ACT souhaitent une lettre de motivation du demandeur (cf. liste des associations).

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)