

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 20021227 du 3 octobre 2002).

(Ne pas remplir)

Établissement instruisant la demande		Réservé au service ACT N°
Nom et qualité du travailleur social		Date réception Date réponse
Coordonnées		Compte-rendu médical 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)		
Si titre de séjour précisez si autorisation de travailler	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tutelle/curatelle		
Numéro de téléphone		

État civil du (des) enfant(s)

Nom-Prénom	Sexe	Date de naissance	À 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)		
CSS/mutuelle		
100% A.L.D.		
AME		
Numéro de sécurité sociale et caisse d'affiliation		

Demandes en cours

	M. Mme Melle	M. Mme Melle
MDPH		
Logement social		
Mesure de protection		
Domiciliation		
RSA		
Autre (précisez)		

Autre(s) intervenant(s)

Évaluation sociale étayée à joindre obligatoirement :

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 rédigée par la personne en autonomie.

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)