

Dossier Social de demande d'admission
en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)



NOM et PRENOM DU PATIENT :

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 »

*De manière générale des personnes seules.
(Exceptionnellement personne en couple ou avec enfant)*

| | |
|---|--|
| Etablissement ou service instruisant la demande | |
| Nom et fonction du travailleur social : | |
| Adresse : | |
| Téléphone : | |
| Adresse électronique : | |

La demande d'hébergement concerne :

| | |
|--|---|
| | La personne malade |
| | La (les) personne(s) accompagnante(s) : conjoint, enfants (<i>non malades</i>) Préciser si le conjoint est malade ou non : |
| | Animaux éventuels : |

Etat civil du (des) demandeur(s) :

| | M. Mme | M. Mme |
|---|---------------|---------------|
| Nom | | |
| Prénom | | |
| Date de naissance | | |
| Sexe | | |
| Situation familiale <i>(célibataire, marié, concubinage, pacs, veuf(ve)...) </i> | | |
| Nombre d'enfant(s) <i>(préciser le mode de garde : à charge, garde alternée, etc)</i> | | |
| Nationalité | | |
| Pièce d'identité <i>Validité et nature (CNI, titre de séjour, APS)</i> | | |
| Si titre de séjour, <i>(Précisez si autorisation de travailler)</i> | | |
| Niveau d'étude Formations | | |
| Illettrisme Analphabétisme | | |
| Métier (s) : | | |
| Situation Judiciaire <i>(sursis mise à l'épreuve, semi-liberté, etc ...)</i> <i>Antécédents judiciaires</i> | | |
| Protection Juridique <i>(tutelle, curatelle, mandat spécial)</i> <i>Si oui,</i> <i>Coordonnées de la personne qui assure la protection juridique</i> | | |

Etat civil du (des) enfants :

| Nom Prénom | Sexe | Date de Naissance | A charge en France (oui - non) | Si mesure de protection et/ou suivi(s) extérieur(s) précisez |
|------------|------|-------------------|--------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Logement/Hébergement actuel et/ou antérieur(s)

| | M. Mme | M. Mme |
|------------------------------|--------|--------|
| Type de logement/hébergement | | |
| Coordonnées actuelles | | |
| Type de logement antérieur : | | |

Ressources

| Nature (salaire, AAH, RSA, APL ...) | M. Mme | M. Mme |
|-------------------------------------|---------|---------|
| | Montant | Montant |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| TOTAL | | |

| | | |
|---|--|--|
| ACS (Aide à la Complémentaire Santé) | | |
| AME (Aide médicale d'Etat) | | |

Autre(s) intervenant(s) sociaux

| |
|--|
| |
| |

Informations complémentaires

| | |
|---|--|
| Possédez-vous du linge de lit (draps 2 personnes, taie d'oreillers, ...) ? | |
| Possédez-vous du linge de toilette (draps de bain, ...) ? | |
| Avez-vous une assurance responsabilité civile ? | |

Evaluation Sociale à joindre

Evaluation dans laquelle vous préciserez, le cas échéant, 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 :

- Dossier médical de demande d'admission, joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure joint du rapport médical si possible, associé à la photocopie du carnet de santé
- Demande d'admission en ACT signée par le demandeur
- Une lettre de motivation du demandeur.

Signature du professionnel instruisant la demande

| |
|--|
| |
|--|