



# Dossier social de demande d'admission (ACT)

## Admission en Appartements de Coordination thérapeutiques (ACT)

Mise à jour Avril 2004

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).

|                                      |  |                               |                               |
|--------------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Etablissement instruisant la demande |  | <b>Réservé au service ACT</b> |                               |
| Nom et qualité du travailleur social |  |                               | N° :                          |
| Coordonnées                          |  |                               | Date réception / Date réponse |
|                                      |  | Compte rendu médical          |                               |

### Type d'hébergement ACT demandé

Collectif     Semi-collectif     Individuel

### Nombre de personne 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 (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  |   |   |

### Etat civil du(des) enfants(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 (enfant(s), 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, RSA, salaire...) | M. Mme Mlle MONTANT | M. Mme Mlle MONTANT |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|
|                               |                     |                     |
|                               |                     |                     |
|                               |                     |                     |
| <b>Total</b>                  |                     |                     |

**Charges et dettes**

| Nature             | M. Mme Mlle MONTANT | M. Mme Mlle MONTANT |
|--------------------|---------------------|---------------------|
|                    |                     |                     |
|                    |                     |                     |
|                    |                     |                     |
| <b>Total</b>       |                     |                     |
| Dettes éventuelles |                     |                     |

**Couverture sociale**

|                             | M. Mme Mlle MONTANT | M. Mme Mlle MONTANT |
|-----------------------------|---------------------|---------------------|
| 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.
- Lettre de motivation du demandeur si demandée par structure ACT

Signature du professionnel de santé instruisant la demande

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

## Demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)<sup>1</sup>

Je soussigné(e)<sup>2</sup> .....

Né(e) le .....

Demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein de la (les) structure(s) ACT<sup>3</sup> 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 |
|-----------|
|           |

<sup>1</sup> Signer une demande d'admission par demandeur

<sup>2</sup> Nom du demandeur

<sup>3</sup> Nom de la (des) structure(s)

## Documents à joindre impérativement au dossier social

### Etat Civil du (des) demandeur (s) :

- La copie des documents justifiant de l'identité du (des) demandeur(s).
- La copie des documents justifiants de la situation familiale (le cas échéant).

### Etat civil du (des) enfant(s) :

- La copie des documents justifiants les droits de visites et d'hébergement (copie de jugement le cas échéant).

### Ressources :

- La copie des documents justifiants des ressources.

### Charges et dettes :

- La Copie des documents justifiants des charges.
- La copie des documents justifiants des dettes (le cas échéant).

### Couverture sociale :

- La copie des documents justifiants de la couverture sociale du (des) demandeur(s).

**Merci de bien vouloir joindre un rapport social précisant la capacité du (des) demandeur(s) et les éventuels projets à court et/ou moyen terme.**