

# 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		<b>Réservé au service ACT</b> 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)		
<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)

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)<sup>1</sup>

Je soussigné(e)<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

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)