

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).

ORIGINE DE L'ORIENTATION

Etablissement instruisant la Demande :

Référent :

Date de la Demande :/...../...../

Coordonnées :

☎ :/...../...../...../...../ @ :

☐ Etablissement de Santé d'Urgence :

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

☐ M. ☐ Mme NOM : Nationalité : ☐ F ☐ UE ☐ Hors UE

Prénom : **Si Nationalité Hors UE**

Date de Naissance :/...../...../ Titre de Séjour :

Lieu de Naissance Date de Validité :

Adresse / Domiciliation:

.....

.....

☎ :/...../...../...../...../

Num de Sécurité Sociale :

Mesure de **Protection Judiciaire** : ☐ OUI ☐ NON - ☐ Sauvegarde de Justice ☐ Curatelle ☐ Tutelle

Copie du jugement en votre possession : ☐ OUI ☐ NON - ☐ Transmis à l'ACT le.....

Coordonnées du **Mandataire Judiciaire**

.....

.....

RECHERCHE DES DONNEES MEDICALES (pour DLU)

- ☐ Pathologie principale :
- ☐ Pathologies/comorbidités associées :
- ☐ Allergies
☐ NON ☐ OUI (lesquelles)
- ☐ PEC Soins Palliatifs
☐ NON ☐ OUI

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° Allocataire CAF :

CSS non participative ☐ OUI ☐ NON

CSS participative ☐ OUI ☐ NON

Coordonnées Mutuelle :

N° d'Adhérent :

100% ALD ☐ OUI ☐ NON

AME ☐ OUI ☐ NON

Carte d'Invalidité ☐ OUI ☐ NON Si OUI N :

Démarches Administratives en cours:

SITUATION FAMILIALE

☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Pacs ☐ Concubinage

 Avez-vous désigné une **personne de Confiance** ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI merci d'indiquer ses coordonnées :

 Avez-vous désigné une **personne Référente** ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI merci d'indiquer ses coordonnées :

 Avez-vous rédigé des Directives Anticipées ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Ne souhaite pas en rédiger
Si OUI souhaitez-vous les reformuler ? ☐ OUI ☐ NON

Quelle place souhaitez-vous donner à votre entourage durant votre séjour ? (informations sur le déroulé du séjour, aide à la prise de décision, ne pas les solliciter, préférer prévenir untel ou untel, ...)

ENTOURAGE	Coordonnées	Sexe	Date de naissance	A charge	
				Oui	Non

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

- ☐ Demandeur d'Emploi
☐ Profession :
☐ CDD ☐ CDI ☐ ½ Temps Thérapeutique
☐ RQTH
☐ Retraité(e)
 ☐ Caisse de Retraite :
☐ Sans Activité
 ☐ Arrêt Maladie
 ☐ Invalidité - Catégorie :
 Revenus Mensuels Correspondants :

RESSOURCES / CHARGES

RESSOURCES		CHARGES DEPENSES	
MONTANT		MONTANT	
Salaire		Mutuelle	
Indemnités chômage			
AAH		Loyer	
RSA		Assurances	
Retraite + Complémentaire		Impôts sur le revenu Taxes foncières Taxes d'habitation	
Indemnités Journalières		Gaz – Electricité Loisirs, autres	
PI		Crédits en cours	
MTP		Surendettement	
CAF			


ACCOMPAGNEMENTS – SUIVIS – PEC SPECIFIQUES		
		Fréquences
Suivi CPM <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui Coordonnées	<input type="checkbox"/> CHRS	
	<input type="checkbox"/> CA	
	<input type="checkbox"/> CHS	
	<input type="checkbox"/> Suivi Psychologue	
	<input type="checkbox"/> SLA	
	<input type="checkbox"/> EMSP	
Suivi APA / MAIA	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Suivi PCH	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Suivi AS de secteur Si oui Coordonnées	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

 Le Demandeur est-il endetté ? ☐ OUI ☐ NON

Nature de l'Endettement	MONTANT
<input type="checkbox"/> Dettes Locatives	
<input type="checkbox"/> Crédits à la Consommation	
<input type="checkbox"/> Crédits Immobilier	
Autres (à préciser)	

 Un dépôt de dossier de surendettement à la Banque de France a-t-il été déposé ? ☐ OUI ☐ NON

Date du Dépôt :

 Un risque d'abus de faiblesse a-t-il été repéré ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, démarches à envisager :

DEMARCHES ADMINISTRATIVES ENTREPRISES ET EN COURS

.....

.....

.....

.....

.....

EX : Demande de logement, d'accueil en Etablissement, EHPAD.....

MOTIVATION DE LA DEMANDE D'ENTREE A L'ACT

.....

.....

.....

PROJET DU RESIDENT EN SORTIE D'ACT

.....

.....

.....

Fait à : Le :

Signature du Professionnel instruisant la Demande

Signature du Demandeur