

Dossier social type de demande d'admission en ACT

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	
Nom et qualité du travailleur social	
Coordonnées Adresse Téléphone Mail	

Réservé au service ACT N°	
Date de réception :	Date de la réponse :
Compte-rendu médical	Oui / Non
Avis de l'équipe	



Secteur d'hébergement ACT demandé

Draguignan Fréjus / Saint-Raphaël Hyères Brignoles

Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT

Nombre de malade(s) :	Nombre d'accompagnant(s) : <i>(toutes personnes non-malades : enfants, conjoint, compagnon... vivant avec le demandeur)</i>
------------------------------	---

Etat Civil du/des demandeur(s)

	M.	Mme
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe		
Téléphone		
Situation Familiale		
Nationalité		
Pièce d'identité Validité et nature (CNI, titre de séjour, APS...) Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Tutelle / curatelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Organisme :
Capacité à travailler	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Inscription Pôle emploi	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/>	N° identifiant
RQTH	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/>	

Etat Civil des accompagnants

Nom – Prénom	Sexe	Date de naissance	Lien de parenté

Logement/Hébergement actuel

	M. Mme	M. Mme
Type de logement/ hébergement		
<i>Facultatif</i> : Coordonnées		

Ressources Nature

Nature (AAH, RSA, salaire, indemnité chômage)	M.	Mme
	Montant	Montant
Total		
Dettes éventuelles		

N° Allocataire CAF : _____

Couverture Sociale

	M.	Mme
Base (régime général, CMU)		
CMU Complémentaire / Mutuelle		
100 % ALD		
AME		

Autre(s) intervenant(s)

Service / Association en lien	Nom du référent	Coordonnées

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.
- Evaluation sociale
- Lettre de motivation du demandeur
- Attestation de sécurité sociale
- Attestation de ressources
- Carte d'identité ou carte de séjour
- Livret de famille si enfant(s) à charge

Pôle Santé Soins Insertion

299 Avenue Paul Arène - 83300 DRAGUIGNAN

☎ : 04.98.10.53.20 - 📠 : 04.98.10.53.21

Mise à jour novembre 2018 – V3

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 du demandeur

1 Signer une demande d'admission par demandeur

2 Nom du demandeur

3 Nom de la/des structure(s)

