

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

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		

Charges

Nature	M. Mme	M. Mme
	Montant	Montant
TOTAL		
Dettes éventuelles (Préciser échéancier en cours s'il y a lieu)		
TOTAL		

Capacité financière à s'acquitter (reste à vivre)

	M. Mme	M. Mme
	Montant	Montant
Loyer ACT		
Alimentation/Entretien domestique		
Quotidien/loisirs		
Budget consommations (tabac , alcool etc..)		

Couverture sociale

Indiquer Oui ou Non	demandeur	conjoint
Base (Préciser organisme et si régime de base ou CMU)		
Assurance santé complémentaire (Préciser organisme ou CMUC)		
100 % ALD (Allocation Longue Durée)		

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

--