



Dossier social type de demande d'admission en ACT

Les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) « 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 2002-2-1227 du 3 Octobre 2002.)

Nom et prénom du demandeur :	
Nom et qualité du travailleur social :	
Coordonnées de l'établissement instruisant la demande	
 _____	
 _____	

Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT

Nombre de malade(s) :		Nombre d'accompagnant(s) ¹	
-----------------------	--	---------------------------------------	--



Si plusieurs personnes au sein d'une même famille sont atteintes d'une maladie chronique, merci de remplir un dossier par personne et d'indiquer l'identité et le lien de parenté sur chaque dossier.

Identité :	Lien de parenté :
------------	-------------------

Autres demandes de prise en charge en cours (autre ACT, maison relais, LHSS,...) ?

OUI **NON**

Si oui, le(s)quel(les)

.....

.....

.....

¹ Accompagnants : toutes personnes non-malades (enfants, conjoint, compagnon ...) vivant avec le demandeur

- **Etat civil du demandeur**

Date de naissance	
Sexe	
Nationalité	
Pièces d'identité ²	
Numéro de téléphone	
Langues parlée(s)	
Tutelle/Curatelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom et coordonnées :	
Situation familiale du demandeur	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Séparé Nombre d'enfants : _____ Dont à charge : _____

- **Etat civil du (des) accompagnant(s) adulte(s)**

Nom-prénom	Sexe	Date de naissance	Lien avec le demandeur	Pièce d'identité

² (CNI, acte de naissance, titre de séjour, APS)

Etat civil du ou des enfant(s)

Nom-Prénom	Sexe	Date de naissance	A charge		Mode de garde (JAF) Mesures et/ou suivis extérieurs(s) ; précisez	Accompagnants	
			Oui	Non		Oui	Non

Ressources

Nature	M. Mme
	Montant
Salaire – IJ	
RSA	
Pension d’invalidité	
AAH	
Prestations familiales	
Autres	
Total	

Si dossier MDPH, merci d’indiquer le numéro de dossier :

.....

Logement / hébergement actuel

Type de logement/ Hébergement	
Adresse actuelle (ou domiciliation postale)	
Sans domicile fixe	

Demandes ou démarches en cours

Nature	
Demande IJ	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> en cours
Rendez-vous préfecture	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> en cours
Dossier MDPH	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> en cours
Autres (précisez)	

Couverture sociale

Numéro de sécurité social	
CMU complémentaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> en cours
Mutuelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> en cours
AME	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> en cours
Date de fin de validité	
100% ALD	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> en cours
Aucune couverture	Oui <input type="checkbox"/> depuis le :

Justice :

Mesures en cours ou à venir : Oui Non Référent justice

.....

Si oui, précisez :

.....

Le service se réserve la possibilité de contacter l'instructeur pour plus de renseignements.

Documents impératifs à joindre 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.*
- *Une lettre de motivation du demandeur.*

Date de la demande :

**Signature du professionnel instruisant la demande
demande**

signature du demandeur