DOSSIER SOCIAL DE DEMANDE D'ADMISSION
« APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE »

Merci de ne pas joindre de documents administratifs

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.) « hébergent à titre temporaire des personnes, seules, ou accompagnées de leur conjoint, enfant(s), atteintes de pathologies chroniques, 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).

(Réservé au service ACT)

Établissement instruisant la demande		N°
Nom et qualité du travailleur social		Date réception Date réponse
Coordonnées :		Compte-rendu médical oui / non Avis de l'équipe :

Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT

Nombre de malade(s) : Nombre d'accompagnement(s)* :

Villes demandées : ☐ Pontivy ☐ Loudéac

État civil du (des) demandeurs(s)

	M. Mme	M. Mme (accompagnant)
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe		
Situation familiale		
Nationalité		
Pièce d'identité (CNI, titre de séjour, APS, récépissé)		
Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ 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, …) vivant avec le demandeur*

Logement/Hébergement actuel

	M. Mme	M. Mme (accompagnant)
Type de logement/hébergement		
Facultatif : coordonnées		

Ressources

Nature (AAH, RSA, salaire…)	M. Mme	M. Mme (accompagnant)
TOTAL		

Charges et dettes

Nature des charges	M. Mme	M. Mme (accompagnant)
TOTAL		
Dettes éventuelles (montant)		

Couverture sociale

	M. Mme	M. Mme (accompagnant)
Base (régime général, Puma)		
CMU complémentaire/mutuelle		
100% ALD		
AME		

Autres intervenants

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

Documents impératifs en complément du dossier social :

- Rapport médical joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin coordinateur
- Demande d'admission en ACT signée par le demandeur
- Si possible, lettre de motivation du demandeur

Signature du professionnel instruisant la demande/mail/tél

Service LE RELAIS -AMISEP
Dispositif ACT
3 Rue du Médecin Général Robic – BP 69 – 56303 PONTIVY Cedex
Tél. : 02.97.25.44.58 - Fax. : 02.97.25.78.29 – Courriel : actpontivyloudéac@amisep.fr

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 structure.

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette structure.

Fait à _____ Le _____

Signature :

[1] Signer une demande d'admission par demandeur
[2] Nom du demandeur