



**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		<u>Date réception</u> <u>Date réponse</u>
Coordonnées :  Tél : .....  Mail : .....		<u>Compte-rendu médical</u> oui / non  <u>Avis de l'équipe</u> :

**Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT**

Nombre de malade(s) :

Nombre d'accompagnement(s)\* :

Villes demandées :     Pontivy     Loudéac

**État civil du (des) demandeur(s)**

	M. Mme	M. Mme (accompagnant)
<b>Nom</b>		
<b>Prénom</b>		
<b>Date de naissance</b>		
<b>Sexe</b>		
<b>Situation familiale</b>		
<b>Nationalité</b>		
<b>Téléphone</b>		
<b>Pièce d'identité</b>	<input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> Récépissé demande d'asile <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> Carte de séjour <input type="checkbox"/> sans papier	<input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> Récépissé demande d'asile <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> Carte de séjour <input type="checkbox"/> sans papier

	Validité du titre :	Validité du titre :
<i>Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Tutelle/Curatelle</b> <b>Non référent</b>		

**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)
<b>Type de logement/hébergement</b>		
<b>Adresse</b>		

**Ressources**

Nature (AAH, RSA, salaire...)	M. Mme	M. Mme (accompagnant)
<b>TOTAL</b>		

**Charges et dettes**

Nature des charges	M. Mme	M. Mme (accompagnant)

<b>TOTAL</b>		
<b>Dettes éventuelles (montant)</b>		

**Couverture sociale**

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

**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 :**

- Demande d'admission en ACT signée par le demandeur
- Fiche demandeur ou lettre de motivation du demandeur

*Signature du professionnel instruisant la demande*

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](mailto:actpontivyloudéac@amisep.fr)

