



Pour Accueillir, Gérer, Orienter, Développer, Ensemble



Appartements de Coordination Thérapeutique

Dossier social type de demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

Merci de ne pas joindre de copie de documents administratifs

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) « hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, 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 à l'établissement orienteur		Réservé au service ACT
Etablissement orienteur		<u>N° de dossier :</u>
Nom et qualité du travailleur social		<u>Date de réception :</u> <u>Date réponse :</u>
Coordonnées :		<u>Compte-rendu médical :</u> oui/non <u>Avis de l'équipe :</u>

Etat civil du demandeur

Nom : Prénom : Date et lieu de naissance : Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Situation familiale : Nationalité :					
Pièce d'identité : CNI <input type="checkbox"/> Titre de séjour <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Préciser : Date de fin de validité : Si titre de séjour, autorisation de travailler : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Mesure de protection : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser ses coordonnées :					
Numéro de téléphone :					

Etat civil du (des) enfant(s)

Nom – Prénom	Sexe (M / F)	Date de naissance	A charge en France		Si mesure de protection et/ou suivi(s) extérieur(s), préciser
			Oui	Non	

Logement actuel

• **Type de logement :**

• **Coordonnées (facultatif) :**

.....
.....
.....

Point financier

• **Nature des ressources (AAH, RSA, salaire...) :**

• **Montant mensuel :**

• **Charges mensuelles et leur montant :**

-
-
-
-
-
-

• **Dettes :** Oui Non

Si oui, montant et nom des créanciers :

-
-
-
-

Couverture sociale

• **De base :** Oui Non

Si oui, lequel (régime général, agricole, CMU...) :

• **Complémentaire :** Oui Non

Si oui, lequel (mutuelle, CMU complémentaire...) :

• **100% ALD :** Oui Non

• **AME :** Oui Non

• **Préciser si des démarches sont en cours (transfert de dossier, renouvellement...) :**

.....
.....
.....

Autres intervenants

Préciser les noms et coordonnées :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Evaluation sociale

Préciser 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 :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date :

Signature du travailleur social

Signature de la personne

Association PAGODE
8 rue Jean Sounié 58160 IMPHY
Tél : 03.86.90.95.20