



DEMANDE D'ADMISSION EN APPARTEMENT DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)

DOSSIER SOCIAL

Dossier à compléter par le demandeur en priorité, accompagné si besoin d'un travailleur social.

▣ **ACT* (avec hébergement)**

Les ACT dits « classiques » hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Les ACT s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux et l'aide à l'insertion sociale (extraits circulaire OGS (SO6/A)/OGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002).

▣ **ACT Hors les murs* (sans hébergement)**

Ce dispositif permet de nouvelles missions complémentaires d'accompagnement médico-social, sans hébergement pour des personnes atteintes de maladie chronique, en situation de fragilité psychologique et sociale, et nécessitant des soins et un suivi médical. Les ACT Hors les murs, sont une modalité d'accompagnement qui s'inscrit dans une approche « d'aller-vers ». Ils répondent au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de toute forme d'habitat et visent à répondre de manière mieux adaptée aux besoins des personnes qui ne nécessitent pas une hospitalisation, mais qui sont par exemple éloignées de l'offre de soins et des dispositifs de prévention. Les ACT Hors les murs représentent une offre médico-sociale à caractère temporaire. La durée de l'accompagnement est définie par la structure en lien avec la personne accompagnée sur la base d'un projet individuel.

***Merci de cocher le dispositif que vous souhaitez prioritairement. Notre capacité étant limitée, toute admission dans un de nos deux dispositifs, reste sous réserve de disponibilité de place. Une réévaluation du dossier sera effectuée 6 mois après la demande initiale.**

Présentation

Vous vous apprêtez à faire une demande d'admission auprès nos ACT qui proposent un accompagnement global avec une coordination de soins, un accompagnement psychosocial et un hébergement temporaire (pour les ACT dits « classiques ») ou des interventions pluridisciplinaires au sein de toute forme d'habitat (pour les ACT Hors les murs).

Il est nécessaire d'adhérer à l'ensemble de ces trois axes pour vous permettre de bénéficier d'un accompagnement de qualité. Notre objectif commun est de vous accompagner vers le plus d'autonomie possible.

Date de la demande :

Cadre réservé au service

Date de réception :

Cachet du service :

VOUS : Etat civil et coordonnées

Nom : Prénom :

Date de naissance : __/__/____ Sexe : Age :

Situation familiale :

Adresse :

Tél : Email :

Souhaitez-vous recevoir le courrier de réponse à cette adresse ? Oui ☐ Non ☐

Personne(s) qui souhaite(nt) vous accompagner et intégrer notre ACT à vos côtés en tant qu'accompagnant (conjoint, enfants, parents)

Nom	Prénom	Sexe	Lien avec vous	Age

Avez-vous un animal de compagnie ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui lequel ?

Est-il vacciné ? Oui ☐ Non ☐

Est-il pucé ? Oui ☐ Non ☐

VOUS : Votre situation

Quelle est votre nationalité ?

FRANCAISE ☐

ETRANGERE UE ☐

laquelle ?.....

	ETRANGERE hors UE ☐ laquelle :
Documents administratifs	Pièce d'identité Française : CNI ☐ Passeport ☐ Pour les personnes étrangères Titre de séjour Oui ☐ non ☐ Si oui date d'expiration : Date d'entrée en France Dossier de demande de titre de séjour déposé en préfecture : Motif : Date : Votre titre de séjour vous autorise-t-il à travailler Oui ☐ Non ☐ Langue parlée : Langue comprise :
Situation administrative	Mesure de protection : oui ☐ non ☐ Type (si oui)

PERSONNE ACCOMPAGNANTE 1

Nom :
 Prénom :
 Age :
 Sexe :
 Lien avec vous :

Quelle est votre nationalité ?	FRANCAISE ☐ ETRANGERE UE ☐ laquelle ? : ETRANGERE hors UE ☐ laquelle :
Documents administratifs	Pièce d'identité Française : CNI ☐ Passeport ☐ Pour les personnes étrangères Titre de séjour Oui ☐ non ☐ Si oui date d'expiration :

	 Date d'entrée en France Dossier de demande de titre de séjour déposé en préfecture : Motif : Date : Votre titre de séjour vous autorise-t-il à travailler Oui ☐ Non ☐ Langue parlée : Langue comprise :
Situation administrative	Mesure de protection : oui ☐ non ☐ Type (si oui)

PERSONNE ACCOMPAGNANTE 2

Nom : Prénom : Age : Sexe : Lien avec vous :

Quelle est votre nationalité ?	FRANCAISE ☐ ETRANGERE UE ☐ laquelle ? : ETRANGERE hors UE ☐ laquelle :
Documents administratifs	Pièce d'identité Française : CNI ☐ Passeport ☐ Pour les personnes étrangères Titre de séjour Oui ☐ non ☐ Si oui date d'expiration : Date d'entrée en France Dossier de demande de titre de séjour déposé en préfecture : Motif : Date :

	Votre titre de séjour vous autorise-t-il à travailler Oui ☐ Non ☐ Langue parlée : Langue comprise :
Situation administrative	Mesure de protection : oui ☐ non ☐ Type (si oui)

VOUS : Votre couverture sociale

Couverture sociale ☐ Oui ☐ Non

Si oui, type:.....

Date de validité:.....

Affection Longue Durée (ALD) ☐ Oui ☐ Non

Couverture complémentaire ☐ Oui ☐ Non

Si oui, type:..... Période de validité:.....

VOUS : Vos ressources actuelles

Avez-vous des ressources ? oui ☐ non ☐

Si oui lesquelles :

Avez-vous des dettes

Si oui de quel type :

Avez-vous constitué un dossier de surendettement ? Oui ☐ Non ☐

VOUS : Votre hébergement/logement actuel

Logement autonome ☐

Logement accompagné ☐ Préciser :

Hébergement temporaire ☐ Préciser :

Hébergement d'urgence ☐ Préciser :

Hébergement chez un tiers ☐ Préciser :

Lieu de vie /Communauté ☐ Préciser :

Sans domicile ☐

VOUS : Votre parcours professionnel (formation, emploi)

Pouvez-vous décrire votre parcours en quelques mots :

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous une R.Q.T.H. ? (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé)

Oui ☐ Non ☐

VOUS : Votre accompagnement en ACT

Quels sont vos Besoins complémentaires (plusieurs choix possibles) :

Ecoute et soutien psychologique ☐

Administratif ☐

Budgétaire ☐

Insertion professionnelle/ Formation ☐

Avoir un logement ☐

Accompagnement dans le quotidien (hygiène, aide au repas, aide-ménagère,accessibilité) ☐

Vie sociale et familiale ☐

Apprentissage du français ☐

Apprentissage du numérique ☐

Autre :

Souhaitez-vous nous communiquer des éléments complémentaires ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VOUS : Votre accompagnement social

Etes-vous accompagné par un travailleur social ? Oui ☐ Non ☐

Si oui : coordonnées du travailleur social qui vous accompagne :

Nom : Prénom :
.....

Fonction :
.....

Établissement/ Structure/ Service :
.....

Adresse :
.....

Tél :

Email :

Si vous êtes accompagné par un travailleur social Merci de joindre également à cette demande d'admission si possible une évaluation sociale et un avis motivé.

IMPORTANT Merci de joindre copie :

- Pièce d'identité ou titre de séjour
- Attestation de couverture sociale (Attestation de droits CPAM, MSA, AME, CMU)
- Attestation de complémentaire à la couverture sociale Mutuelle / CSS
- Attestation de revenus (CAF, Pôle Emploi, etc...)

Date : .../.../....

Signature du demandeur :



DOSSIER COMPLET= DOSSIER SOCIAL + DOSSIER MEDICAL