



## DOSSIER SOCIAL DE DEMANDE D'ADMISSION

### EN APPARTEMENT DE COORDINATION THERAPEUTIQUE (ACT)

(A remplir par le demandeur en priorité, accompagné si besoin d'un travailleur social. Merci de ne pas joindre de document administratif à cette demande)

#### Présentation

Vous vous apprêtez à faire une demande d'admission dans notre ACT.

Les ACT proposent un accompagnement global qui comprend :

- Une coordination de soins
- Un accompagnement psychosocial
- Un hébergement temporaire

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:

#### Votre état civil et vos coordonnées

NOM/Prénom:

Date de naissance:

Sexe:

Age:

Situation matrimoniale:

Adresse .....

Tél. ....

Courriel .....

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

Par mail? Oui  Non

Sinon, merci de préciser à quelle adresse ou à quel mail, envoyer la réponse:

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

**Personnes qui souhaitent vous accompagner et intégrer notre ACT à vos côtés (conjoint, enfants, parents...)**

Nom	Prénom	Sexe	Lien avec vous	Age

Avez-vous un animal de compagnie ? Oui  Non  Si oui, lequel? .....

**Quelle est votre situation administrative ?**

VOUS	
Nationalité	<input type="checkbox"/> FRANCAISE <input type="checkbox"/> ETRANGERE / Préciser: .....
Situation administrative	<input type="checkbox"/> Carte d'identité française <input type="checkbox"/> Droit au séjour Durée de validité: ..... <input type="checkbox"/> Dossier déposé en préfecture. Laquelle ? ..... A quelle date ?..... <input type="checkbox"/> Autorisation de travail <input type="checkbox"/> Mesure de protection Laquelle ? .....
Date d'entrée en France	

Langue(s) parlées: .....

Langue(s) comprises: .....

PERSONNE ACCOMPAGNANTE	
Nationalité	<input type="checkbox"/> FRANCAISE <input type="checkbox"/> ETRANGERE / Préciser: .....
Situation administrative	<input type="checkbox"/> Carte d'identité française <input type="checkbox"/> Droit au séjour Durée de validité: ..... <input type="checkbox"/> Dossier déposé en préfecture. Laquelle ? ..... A quelle date ?..... <input type="checkbox"/> Autorisation de travail <input type="checkbox"/> Mesure de protection Laquelle ? .....
Date d'entrée en France	

Langue(s) parlées: .....

Langue(s) comprises: .....

**PERSONNE ACCOMPAGNANTE**

Nationalité	<input type="checkbox"/> FRANCAISE <input type="checkbox"/> ETRANGERE / Préciser: .....
Situation administrative	<input type="checkbox"/> Carte d'identité rançaise <input type="checkbox"/> Droit au séjour Durée de validité: ..... <input type="checkbox"/> Dossier déposé en préfecture. Laquelle ? ..... A quelle date ?..... <input type="checkbox"/> Autorisation de travail <input type="checkbox"/> Mesure de protection Laquelle ? .....
Date d'entrée en France	

Langue(s) parlées: .....

Langue(s) comprises: .....

**PERSONNE ACCOMPAGNANTE**

Nationalité	<input type="checkbox"/> FRANCAISE <input type="checkbox"/> ETRANGERE / Préciser: .....
Situation administrative	<input type="checkbox"/> Carte d'identité rançaise <input type="checkbox"/> Droit au séjour Durée de validité: ..... <input type="checkbox"/> Dossier déposé en préfecture. Laquelle ? ..... A quelle date ?..... <input type="checkbox"/> Autorisation de travail <input type="checkbox"/> Mesure de protection Laquelle ? .....
Date d'entrée en France	

Langue(s) parlées: .....

Langue(s) comprises: .....

**PERSONNE ACCOMPAGNANTE**

Nationalité	<input type="checkbox"/> FRANCAISE <input type="checkbox"/> ETRANGERE / Préciser: .....
Situation administrative	<input type="checkbox"/> Carte d'identité rançaise <input type="checkbox"/> Droit au séjour Durée de validité: ..... <input type="checkbox"/> Dossier déposé en préfecture. Laquelle ? ..... A quelle date ?..... <input type="checkbox"/> Autorisation de travail <input type="checkbox"/> Mesure de protection Laquelle ? .....
Date d'entrée en France	

Langue(s) parlées: .....

Langue(s) comprises: .....

**Quelle est votre couverture sociale?**

VOUS

**Couverture sociale**    Oui     Non     Si oui, type:.....  
Date de validité:.....

**100%ALD**                    Oui     Non

**Couverture complémentaire** Oui  Non     Si oui, type:.....  
Période de validité:.....

PERSONNE ACCOMPAGNANTE

**Couverture sociale**    Oui     Non     Si oui, type:.....  
Date de validité:.....

**100%ALD**                    Oui     Non

**Couverture complémentaire** Oui  Non     Si oui, type:.....  
Période de validité:.....

PERSONNE ACCOMPAGNANTE

**Couverture sociale**    Oui     Non     Si oui, type:.....  
Date de validité:.....

**100%ALD**                    Oui     Non

**Couverture complémentaire** Oui  Non     Si oui, type:.....  
Période de validité:.....

PERSONNE ACCOMPAGNANTE

**Couverture sociale**    Oui     Non     Si oui, type:.....  
Date de validité:.....

**100%ALD**                    Oui     Non

**Couverture complémentaire** Oui  Non     Si oui, type:.....  
Période de validité:.....

**Où vivez-vous actuellement?**

- Logement autonome
- Hébergement temporaire. Préciser: .....
- Hébergement d'urgence. Préciser: .....
- Sans domicile Depuis quelle date ? .....

**Quelles sont vos ressources actuelles ?**

VOUS

**Vos ressources:**

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

Avez-vous des dettes? Oui  Non   
Avez-vous un dossier de surendettement? Oui  Non

PERSONNE ACCOMPAGNANTE

**Ses ressources:**

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

Avez-vous des dettes? Oui  Non   
Avez-vous un dossier de surendettement? Oui  Non

**Quel a été votre parcours professionnel ? (formation, emploi,...)**

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

**R.Q.T.H.** (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) Oui  Non

**Quels sont vos besoins? (Plusieurs choix possibles)**

- Administratifs
- Budgétaires
- Insertion professionnelle
- Avoir un logement
- Accompagnement dans le quotidien (hygiène, aide au repas, aide-ménagère, accessibilité,...)
- Santé
- Ecoute et soutien psychologique
- Vie sociale et familiale
- Apprentissage du français
- Autres

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

**Eléments complémentaires que vous souhaitez nous communiquer**

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

**Quel est votre projet de vie?**

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

**Coordonnées du travailleur social qui vous accompagne**

Nom: Prénom:  
Profession:  
Etablissement / structure:  
Adresse:  
Téléphone:  
Courriel:

**Merci de joindre également à votre demande d'admission votre évaluation sociale et un avis motivé.**

Signature: Date: .....