



## **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.**

### **Présentation**

Vous vous apprêtez à faire une demande d'admission dans notre ACT qui propose 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 :**

**Etat civil et 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 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

**Situation administrative :**

VOUS	
Nationalité	FRANCAISE ETRANGERE / Préciser : .....
Situation administrative	Carte d'identité française / Autre : ..... Droit au séjour Durée de validité : ..... Dossier déposé en préfecture. Motif : ..... Date : ..... Autorisation de travail Mesure de protection Objet : .....
Date d'entrée en France	

Langue parlée : .....

Langue comprise : .....

<b>PERSONNE ACCOMPAGNANTE :</b>	
Nationalité	FRANCAISE ETRANGERE / Préciser : .....
Situation administrative	Carte d'identité française Droit au séjour Durée de validité : ..... Dossier déposé en préfecture. Motif : ..... Date : ..... Autorisation de travail Mesure de protection Motif : .....
Date d'entrée en France	

Langue parlée : .....

Langue comprise : .....

<b>PERSONNE ACCOMPAGNANTE :</b>	
Nationalité	FRANCAISE ETRANGERE / Préciser : .....
Situation administrative	Carte d'identité française Droit au séjour Durée de validité : ..... Dossier déposé en préfecture. Motif : ..... Date : ..... Autorisation de travail Mesure de protection Motif : .....
Date d'entrée en France	

Langue parlée : .....

Langue comprise : .....

<b>PERSONNE ACCOMPAGNANTE :</b>	
Nationalité	FRANCAISE ETRANGERE / Préciser : .....
Situation administrative	Carte d'identité française Droit au séjour Durée de validité : ..... Dossier déposé en préfecture. Motif : ..... Date : ..... Autorisation de travail Mesure de protection Motif : .....
Date d'entrée en France	

Langue parlée : .....

Langue comprise : .....

Merci de copier et de compléter autant de grilles que de personnes accompagnantes

**Couverture sociale :**

VOUS

Couverture sociale  Oui  Non Si oui, type:.....

Date de validité:.....

Allocation Longue Durée (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:.....

Allocation Longue Durée (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:.....

Allocation Longue Durée (ALD)  Oui  Non

Couverture complémentaire  Oui  Non Si oui, type:.....

Période de validité:.....

Merci de copier et de compléter autant de grilles que de personnes accompagnantes

**Hébergement actuel :**

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

**Ressources actuelles :**

VOUS

Ressources :.....

Avez-vous des dettes?  Oui  Non

Avez-vous un dossier de surendettement?  Oui  Non

**PERSONNE ACCOMPAGNANTE**

Ressources :.....

A-t-elle des dettes?       Oui    Non

A-t-elle un dossier de surendettement?       Oui    Non

**Parcours professionnel (formation, emploi,...) :**

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

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

**Besoins demandés (plusieurs choix possibles) :**

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

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

**Éléments complémentaires que vous souhaitez nous communiquer :**

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

**Projet de vie :**

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

**Coordonnées du travailleur social qui vous accompagne :**

Nom : ..... / Prénom : .....

Profession : .....

Etablissement / structure : .....

Adresse : .....

Tél. .... / Courriel .....

**IMPORTANT** Merci de joindre copie :

- Pièce d'identité
- Attestation Mutuelle / CSS
- Permis de conduire / Assurance
- Assurance responsabilité
- CAF
- Dépôt de dossier HLM / MDPH / CAF ...
- Dernier avis d'imposition
- Relevé Pôle Emploi

Merci de joindre également à cette demande d'admission si possible une évaluation sociale et un avis motivé.

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

Signature