



## Dossier social type de demande d'admission en Appartements de Coordination Thérapeutique

Merci de ne pas joindre de copie de documents administratifs

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.) « hébergent à titre temporaire des personnes 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 03 Octobre 2002).

Etablissement ou service instruisant la demande		<b>Réservé au service ACT</b> N°
Nom et qualité du travailleur social		Date de réception    Date de réponse
<u>Coordonnées</u>		Compte-rendu médical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Avis de l'équipe

### Etat civil du demandeur

Civilité	M. ou Mme
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	
Situation familiale	
Nationalité	
Pièce d'identité (CNI, titre de séjour, APS) Date de fin de validité Si titre de séjour précisez si autorisation de travailler	
N° de Sécurité Sociale	
N° Allocataire CAF ou MSA	

### Etat civil du ou des enfants à charge

Nom et Prénom	Sexe	Date de naissance	Situation familiale (garde alternée, droits de visite, placement...)
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

**Logement/Hébergement actuel**

Type de logement / Hébergement	
Coordonnées (facultatif)	

**Ressources**

Nature des ressources (Salaire, ARE, ASS AAH, autres)	Montant
	€
	€
Total	€

**Charges**

Nature des charges	Montant
Loyer	€
Charges locatives	€
Electricité	€
Gaz	€
Eau	€
Assurances	€
Téléphone	€
Impôts	€
Autres (Précisez : .....)	€

**Dettes**

Avez-vous des dettes ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nature des dettes	Montant
•	€
Avez-vous déposé un dossier de surendettement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui en quelle année ?	
Etes-vous bénéficiaire d'une mesure de protection	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui précisez	Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> MASP <input type="checkbox"/> MAJ <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>

**Couverture Sociale**

Base (Régime général, local, CMU)	
CMU Complémentaire / Mutuelle	
100 % A.L.D	
AME	

Personne à contacter en cas de difficultés ou d'urgence :

.....

**Evaluation sociale à joindre**

Précisez tous les éléments nécessaires à la demande d'admission tels que la capacité à vivre seul et les éventuels projets à court et/ou à moyen terme
--

**Documents impératifs en complément du dossier social :**

- Rapport médical joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure
- Demande d'admission en ACT signé par le demandeur
- Lettre de motivation du demandeur si demandée par structure ACT

**Nom et Signature du professionnel instruisant la demande**