

Dossier social

de demande d'admission en ACT

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 3 octobre 2002).

(Ne pas remplir)

Établissement instruisant la demande		Réservé au service ACT N°
Nom et qualité du travailleur social		Date réception _____ Date réponse _____
Coordonnées		Compte-rendu médical oui/non _____ Avis de l'équipe _____

État civil du demandeur	M. / Mme / Melle*
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	
Situation familiale	
Nationalité	
Pièce d'identité (CNI, titre de séjour, APS)	
Si titre de séjour précisez si autorisation de travailler	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tutelle/curatelle	

* rayer la mention inutile

État civil du (des) enfant(s)

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

Logement/Hébergement actuel	
Type de logement/hébergement	
Facultatif : coordonnées	

Nature des ressources (AAH, RSA, salaire...)	Montant
Total	

Nature des charges et dettes	Montant
Total	
Dettes éventuelles	

Couverture sociale	
Base (régime général, CMU)	
CMU complémentaire/mutuelle	
100% A.L.D.	
AME	

Signature du professionnel instruisant la demande

Merci de joindre une évaluation sociale

Précisez 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.

Document(s) impératif(s) en complément du dossier social :

- ☐ Rapport médical joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure
- ☐ Demande d'admission en ACT signée par le demandeur

**Demande d'admission en Appartement de Coordination
Thérapeutique (ACT)**

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____ à _____

Demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein des ACT de Promo Soins.

Je suis informé(e) qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés à cette structure.

Fait à _____ Le _____

Signature