

Dossier social type de demande d'admission en ACT

A remplir par le demandeur, accompagné d'un travailleur social

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).

Vous vous apprêtez à faire une demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique.

Les ACT proposent un accompagnement global pluridisciplinaire qui vise à trouver une solution adaptée à l'évolution de la situation qui comprend :

- Une coordination médicale : la coordination des soins des résidents en ACT se définit comme un ensemble d'actions réalisées avec les professionnels de santé et les structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques, d'organisation du suivi et d'éducation thérapeutique. Elle a pour objectif de faire bénéficier au patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale) au bon endroit, au bon moment »
- Un accompagnement social global personnalisé
 - Entretiens réguliers avec un travailleur social, au bureau, au domicile, à l'occasion de démarches extérieures, ...
- Un accompagnement psychologique possible suivant les établissements
- Un hébergement temporaire
 - Individuel ou en cohabitation

Il est nécessaire d'adhérer à l'ensemble de ces axes pour vous permettre de bénéficier d'un accompagnement de qualité. L'hébergement est un support à votre accompagnement.

Aucune condition de régularité de séjour ou de ressources minimales n'est exigée.

<u>Etablissement instruisant la demande</u>	
<u>Nom et qualité du travailleur social</u>	
<u>Coordonnées</u> <u>Téléphone</u> <u>Email</u> <u>Adresse</u>	

Autre(s) personne(s) ressource, autre(s) soutien(s)

Merci de préciser les coordonnées

Type d'hébergement ACT demandé

<input type="checkbox"/> Collectif <i>Chambre individuelle dans un appartement partagé avec activité collective</i>	<input type="checkbox"/> Semi-collectif <i>Chambre individuelle dans un appartement partagé</i>	<input type="checkbox"/> Individuel
--	--	-------------------------------------

Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT (une fiche par personne malade)

Nombre de malade(s) :		Nombre d'accompagnant(s)* :	
-----------------------	--	-----------------------------	--

* accompagnants : toutes personnes non-malades (enfants, conjoint, compagnon, ...) vivant avec le demandeur.

Renseignements concernant le demandeur

	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Transgenre
Nom	
Prénom	
Numéro de téléphone	
Adresse électronique	
Situation d'hébergement, lieu de vie	<input type="checkbox"/> Durable <input type="checkbox"/> Provisoire ou précaire <input type="checkbox"/> Sans
Adresse de domiciliation	
Date de naissance	
Sexe	
Situation familiale	
Nationalité	
Documents administratifs, droit au séjour	<input type="checkbox"/> Carte Nationale d'Identité <input type="checkbox"/> Passeport français <input type="checkbox"/> Passeport européen <input type="checkbox"/> Carte de résident <input type="checkbox"/> Titre de séjour temporaire Date d'expiration : <input type="checkbox"/> Récépissé de demande <input type="checkbox"/> Attestation de demandeur d'asile <input type="checkbox"/> Autorisation provisoire de séjour <input type="checkbox"/> Sans droit au séjour <input type="checkbox"/> OQTF en cours Démarches engagées ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date du recours :
Protection juridique et administrative	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Curatelle simple <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> MASP <input type="checkbox"/> MAJ <input type="checkbox"/> Autre(s), précisez :

Renseignements concernant les accompagnants résidant en France

Nom-Prénom	Sexe	Date de naissance	Lien avec le demandeur	A charge		Si mesure de protection et/ou suivi(s) extérieur(s), précisez
				oui	non	

Animal de compagnie :

Oui Non

Si oui, précisez :

Ressources

Nature	Demandeur Montant	Accompagnant Montant	Droits ouverts jusqu'au Format JJ/MM/AAAA
<input type="checkbox"/> Sans			
<input type="checkbox"/> Salaire			
<input type="checkbox"/> Indemnités de formation			
<input type="checkbox"/> Allocations chômage			
<input type="checkbox"/> RSA			
<input type="checkbox"/> AAH			
<input type="checkbox"/> ADA			
<input type="checkbox"/> Pension d'invalidité			
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières			
<input type="checkbox"/> Aide d'un tiers			
<input type="checkbox"/> Retraite			
<input type="checkbox"/> Autres : précisez			
Total			

Charges et, ou dettes, montants mensuels

Nature	Demandeur	Accompagnant
	Montant	Montant
Total		

Couverture Sociale

	Demandeur	Durée des droits (format JJ/MM/AAAA)	Accompagnant	Durée des droits (format JJ/MM/AAAA)
PUMA				
CSS / Mutuelle				
100% A.L.D.				
AME (précisez département d'instruction)				

Quels sont vos besoins d'accompagnement(s) ? (plusieurs choix possibles)

- Administratifs
- Budgétaires
- Insertion professionnelle
- Recherche de solution adaptée à la sortie de l'ACT
- Actes de la vie quotidienne (hygiène, aide au repas, aide-ménagère, ...) (précisez).....
- Mobilité, accessibilité (précisez)
- Santé
- Ecoute et soutien psychologique
- Vie sociale, affective et familiale
- Apprentissage du français
- Autres (précisez).....

Vous avez la possibilité de joindre une lettre expliquant votre situation et vos attentes

Evaluation Sociale à joindre précisant les besoins d'accompagner et de coordination

Document impératif en complément du dossier social, dans le cadre d'un dossier papier :

Dossier médical de demande d'admission, joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure.

Date de la demande :

Signature du demandeur

Signature du professionnel instruisant la demande