



## Demande d'admission pour le dispositif des ACT (avec ou sans hébergement)

### DOSSIER SOCIAL

A compléter et retourner par mail à : [admission-act@asetis.re](mailto:admission-act@asetis.re)

**Les Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.)** proposent un hébergement temporaire aux personnes porteuses d'une pathologie chronique nécessitant des soins et un suivi médical, en situation de fragilité sociale et psychologique.

**Les ACT Hors Les Murs** proposent un accompagnement médico-psychosocial au sein du lieu de vie, aux personnes porteuses d'une pathologie chronique nécessitant des soins et un suivi médical, en situation de fragilité sociale et psychologique.

#### Type d'orientation demandée :

- Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)
- ACT Hors Les Murs

<b>Etablissement instruisant la demande</b>	
<b>Nom et qualité du travailleur social</b>	
<b>Coordonnées</b>	
<b>Nombre de personnes orientées</b>	
<b>Nombre et qualité des accompagnant(s)<sup>1</sup></b>	

#### Etat Civil du(des) demandeur(s) :

	<input type="checkbox"/> <b>Madame</b>	<input type="checkbox"/> <b>Monsieur</b>
<b>Nom</b>		
<b>Prénom</b>		
<b>Date de naissance</b>		
<b>Situation familiale</b>		

<sup>1</sup> Sont considérés comme accompagnant(s), toutes personnes vivant avec la personne orientée (enfant(s), conjoint, compagnon, etc...)

<b>Nationalité</b>	
<b>Pièce d'identité</b>	<b>CNI :</b> OUI / NON - En cours - A renouveler <b>Titre de Séjour :</b> OUI / NON - En cours - A renouveler <b>Autorisation provisoire :</b> OUI / NON - En cours - A renouveler
<b>Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler</b>	OUI / NON
<b>Tutelle/curatelle</b> (Nom et coordonnées)	OUI / NON - En cours - Autres demandes (préciser)

**Etat Civil du(des) enfants(s) à charge :**

<b>Nom et Prénom</b>	<b>Sexe</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>Si mesures de protection et/ou suivi(s) extérieur(s), précisez</b>

**Environnement social et Quotidien :**

<b>Description du lieu de vie actuel</b> <i>La personne a son propre logement, est hébergée, est en habitat précaire....</i>	
<b>Autonomie au quotidien</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Téléphone / mail</b>	

**Ressources :**

Nature	Statut	Date de renouvellement	Montant
AAH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours		
RSA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours		
Salaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
ARE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	Date de fin de droit :	
			<b>TOTAL :</b>

**Dettes :**

Nature	Montant
<b>Total</b>	

**Couverture Sociale :**

	Statut	Observation
Régime Général	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
CMU	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
CMU Complémentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Mutuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
100 % A L D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	

**Autres intervenant auprès de la personne :**

Nom Prénom	Organisme / Association	Fonction	Coordonnées

