

**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*

***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

|  |  |
| --- | --- |
| Etablissement instruisant la demande |  |
| Nom et qualité du travailleur social |  |
| Coordonnées |  |
| Nombre de personnes orientées |  |
| Nombre et qualité des accompagnant(s)[[1]](#footnote-1) |  |

**Etat Civil du(des) demandeur(s) :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | □ Madame □ Monsieur |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Situation familiale |  |
| Nationalité |  |
| Pièce d’identité | **CNI** : OUI / NON - En cours - A renouveler  **Titre de Séjour :** OUI / NON - En cours - A renouveler  **Autorisation provisoire :** OUI / NON - En cours - A renouveler |
| Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler | OUI / NON |
| Tutelle/curatelle  (Nom et coordonnées) | OUI / NON - En cours - Autres demandes (préciser) |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et Prénom | Sexe | Date de naissance | Si mesures de protection et/ou suivi(s) extérieur(s), précisez |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Environnement social et Quotidien :**

|  |  |
| --- | --- |
| Description du lieu de vie actuel  *La personne a son propre logement, est hébergée, est en habitat précaire....* |  |
| Autonomie au quotidien |  |
| Adresse |  |
| Téléphone / mail |  |

**Ressources :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nature | Statut | Date de renouvellement | Montant |
| AAH | Oui Non En cours |  |  |
| RSA | Oui Non En cours |  |  |
| Salaire | Oui Non |  |  |
| ARE | Oui Non En cours | Date de fin de droit : |  |
|  |  |  | **TOTAL :** |

**Dettes :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nature | Montant |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Total |  |

**Couverture Sociale :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Statut | Observation |
| Régime Général | Oui Non En cours |  |
| CMU | Oui Non En cours |  |
| CMU Complémentaire | Oui Non En cours |  |
| Mutuelle | Oui Non En cours |  |
| 100 % A L D | Oui Non En cours |  |

**Autres intervenant auprès de la personne :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom Prénom | Organisme / Association | Fonction | Coordonnées |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Espace ci-dessous **à remplir par la personne** souhaitant intégrer le dispositif ACT ou ACT Hors Les Murs

**Dites-nous-en un peu plus sur vous :**

Quelles sont vos envies ? Quels sont vos besoins ? Quels sont vos projets ? Quelles sont vos attentes ? Quels sont vos souhaits vis-à-vis de l’accompagnement proposé par l’association ASETIS ?

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| **Date :**  **Signature de la personne :** | **Signature du professionnel instruisant la demande :** |

1. Sont considérés comme accompagnant(s), toutes personnes vivant avec la personne orientée (enfant(s), conjoint, compagnon, etc…) [↑](#footnote-ref-1)