



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	

Etat Civil du(des) demandeur(s) :

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

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

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 <i>La personne a son propre logement, est hébergée, est en habitat précaire....</i>	
Autonomie au quotidien	
Adresse	
Téléphone / mail	

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 :	
			TOTAL :

Dettes :

Nature	Montant
Total	

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

