

**DOSSIER SOCIAL** Reçu le

## Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT)

<i>Etablissement instruisant la demande</i>	
<i>Nom, qualité et coordonnées du travailleur social référent de la demande</i>	

### 1 - DONNÉES ADMINISTRATIVES

**Identification du demandeur**

NOM : ..... NOM JF : .....

Prénom(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité : ..... N° de S.S. : .....

Adresse .....

Code postal..... Commune.....

Logement actuel :

Type de logement ou hébergement : .....

Coordonnées :

Téléphone : ..... / .....

Activité professionnelle exercée : .....

Pièce d'identité :  Carte d'identité  Titre de séjour  Autres (à préciser).....

Animal domestique : .....

• **La personne à prévenir**

NOM et Prénom : .....

Téléphone fixe: ..... / .....

Son lien avec vous : .....

**Tuteur** : .....

Mesure de protection juridique :     Sauvegarde de justice     Tutelle     Curatelle

**2 - SITUATION FAMILIALE**

- *La personne est* :  Marié(e)     Veuf(e)     Célibataire     Divorcé(e)

• *Accompagnant (s)*

(Un accompagnant par personne maximum ou accueil d'enfants pour les familles monoparentales)

OUI  NON - Nombre :  1  2  3 - Identité et lien : \_\_\_\_\_

• *Enfants*

Nom et prénom	Sexe	Date de naissance	Enfants à charge Oui/Non	Mesure de protection ou suivi extérieur

**3 - INFORMATIONS FINANCIERES**

• *Ressources*

Nature (Salaire, AAH, RSA...)	Montant pour le demandeur	Montant pour accompagnant(s)
<b>TOTAL</b>		

• *Charges et dettes*

Nature (Loyer...)	Montant pour le demandeur	Montant pour accompagnant(s)
<b>TOTAL</b>		
<i>Dettes éventuelles à venir</i>		

- Aides financières sollicitées:  PCH     ACTP     MTP     Services ménagers     Ligue contre le cancer     CARSAT     Autres : .....

Equipe médico-sociale des ACT – Espace « Les 4 Saisons » de l'association ACARS –  
5 rue René Cassin 42000 St-Etienne

Tél : 09 66 85 25 31 et Courriel : [act@association-acars.fr](mailto:act@association-acars.fr)

#### 4 - INTERVENANTS

SPECIALITES - NOM	COORDONNEES	FREQUENCE	TYPE D'AIDE
<b>SAAD</b> NOM : .....			
<b>SSIAD</b> NOM : .....			
<b>ACCUEIL DE JOUR</b> NOM : .....			
<b>CABINET IDE</b> NOM : .....			
<b>KINESITHERAPEUTE</b> NOM : .....			
<b>SERVICE SOCIAL</b> NOM : .....			
NOM : .....			
NOM : .....			
NOM : .....			

#### 5 – COUVERTURE SOCIALE

Nature	Montant pour le demandeur	Montant pour accompagnant(s)
Base (Régime général, CMU)		
CMU complémentaire/Mutuelle		
100 % A.L.D.		
A.M.E.		

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

*Vous pouvez joindre toute pièce ou information que vous jugerez utile pour compléter le dossier*

#### AVIS DE L'EQUIPE

Candidature retenue :  OUI     NON

Justification :

.....

.....

.....

.....