

**DOSSIER SOCIAL** Reçu le**Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT)**

Etablissement instruisant la demande	
Nom, qualité et coordonnées du travailleur social référent de la demande	

**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 –

150 rue Antoine Durafour 42100 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 :

.....

.....

.....

.....