

DOSSIER SOCIAL Date de la demande :

Nous attirons votre attention sur le fait que tout dossier incomplet ne sera pas étudié.

Une évaluation sociale récente et exhaustive est requise

Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT)

<i>Etablissement instruisant la demande</i>	
<i>Nom, qualité :</i>	
<i>Coordonnés du travailleur social référent de la demande :</i>	Numéro du service (OBLIGATOIRE) : Ligne directe :

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)
TOTAL		

• **Charges et dettes**

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

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

4 - INTERVENANTS

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