

**A**ssociation **C**ommunautaire d'**A**ction et de **R**echerches **S**ociales

**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)**

**🞎 Avec Hébergement 🞎 Hors Les Murs.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Etablissement instruisant la demande*** |  |
| ***Nom, qualité :*** |  |
| ***Coordonnés du travailleur social référent de la demande :*** | 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** |  |  |
| ***Dettes éventuelles à venir*** |  |  |

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

# 4 - INTERVENANTS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **spécialités - nom** | **coordonnées** | **fréquence** | **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***

**6** - **EVALUATION SOCIALE**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………