



# Dossier Unique d'admission

**ACT** – Appartement de  
Coordination Thérapeutique

**ACT Hors les murs**

**LAM** – Lit d'Accueil Médicalisé

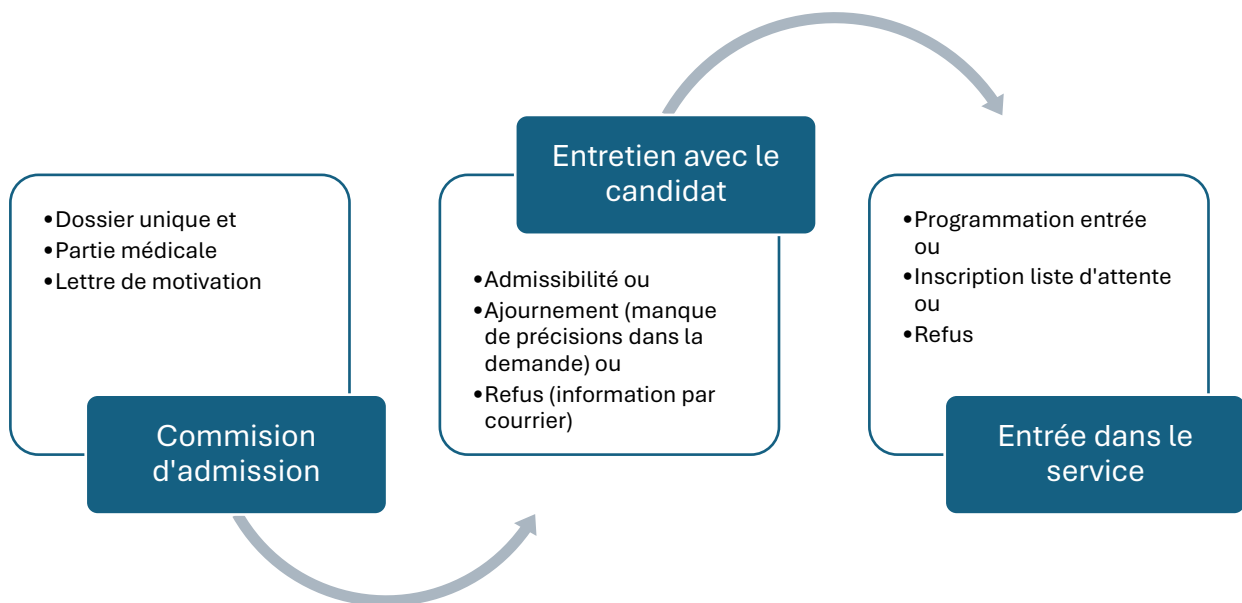
Chers partenaires,

Vous êtes sur le point de nous faire parvenir un dossier de demande d'admission en :

- Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) avec hébergement
- ACT Hors les Murs
- Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)

Ce dossier doit être dûment renseigné tant dans la **partie sociale** que **médicale** et complété par tous les documents sociaux et médicaux, **de moins de six mois**, à votre disposition. Les ordonnances en cours, les bilans et examens, les comptes rendus d'hospitalisation et de consultation sont indispensables. Sans ces pièces complémentaires fournies en même temps que la demande d'admission, le dossier ne pourra pas être étudié en commission d'admission.

Voici le parcours de la demande après sa réception :



Ce dossier unique de demande d'admission vise à simplifier le processus d'admission. Ainsi, il vous est demandé une information unique quelque soit le service demandé.

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier **complet** de demande d'admission ne vaut pas admission. Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez contacter les services concernés par la demande.

Le dossier de demande d'admission comporte :

- Un volet social
- Une partie médicale
- Une demande de la personne elle-même (lettre de motivation)



## Présentation des services

Les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) avec hébergement, sont destinés à des personnes (adultes et enfants) de moins de 60 ans **atteintes de maladies chroniques lourdes et invalidantes**.

Les ACT « prévus au 9° du I de l'article L. 312-1 prennent en charge, quelle que soit leur situation administrative, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

Les établissements qui assurent la gestion des appartements de coordination thérapeutique assurent des missions **d'hébergement à titre temporaire** des personnes mentionnées au premier alinéa, ainsi que des missions d'accompagnement médico-social. Ils fonctionnent sans interruption. »

*Selon les ressources, une participation financière correspondant à 10% du forfait journalier sera demandée.*

Les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) Hors les Murs, sont une modalité d'accompagnement qui s'inscrit dans une approche « **d'aller-vers** ». Ils répondent au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de toute forme d'habitat et visent à répondre de manière mieux adaptée aux besoins des usagers les plus éloignés de l'offre de soins et des dispositifs de prévention.

L'accompagnement temporaire est assuré **sur le lieu de vie des personnes**, que celui-ci soit **un logement, un hébergement chez des tiers, un hébergement en structure sociale (CHRS, CHU, CADA...) ou à l'hôtel, une habitation précaire ou de fortune** (caravane, mobile home, voire campement).

Ces personnes ne nécessitent pas une hospitalisation. Elles souffrent toutefois de **maladies chroniques**, présentent des vulnérabilités et/ou une dépendance dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne qui affectent la bonne adhésion à leur parcours de soins ainsi que le suivi et la qualité de leurs démarches administratives et sociales.

Les lits d'Accueil Médicalisés (LAM), accueillent « des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de **pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre**, ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais étant incompatibles avec la vie à la rue, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures ». (article D312-176-3 du CASF).

*En fonction des ressources, une participation financière pouvant aller jusqu' à 25% des ressources sera demandée.*



Principaux Critères de **non éligibilité** ACT, ACT Hors les Murs et LAM (liste non exhaustive)

ACT – ACT HLM	LAM
Absence de maladie chronique Pathologie stabilisée Addictions isolées Pathologies psychiatriques non stabilisées Plus de 60 ans pour les ACT Demande non portée par la personne	Absence de maladie chronique Pathologie stabilisée Pathologie ne nécessitant pas de soins paramédicaux Prise en charge médicale trop lourde Mineur Accompagnant (s) Demande non portée par la personne Addiction isolée Pathologie psychiatrique non suivie et non stabilisée Troubles cognitifs avec MMS altéré (locaux non adaptés)

**La décision d'admission est prononcée par le Directeur de l'association.**



## Dossier social de demande d'admission

*En application du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Libertés, nous vous informons que les données à caractère personnel collectées seront traitées en commission d'admission. Ces données seront conservées à des fins statistiques pendant 2 ans puis seront détruites.*

A transmettre par voie postale sous pli confidentiel à : Association ACARS – Commission d'Admission 150 rue Antoine Durafour 42100 St-Etienne

Ou par messagerie à :

- Demande d'Appartements de Coordination Thérapeutique avec hébergement**  
[act@association-acars.fr](mailto:act@association-acars.fr)
- Demande d'Appartements de Coordination Thérapeutique Hors les murs**  
[act@association-acars.fr](mailto:act@association-acars.fr)
- Demande de Lits d'Accueil Médicalisés**  
[lam@association-acars.fr](mailto:lam@association-acars.fr)

Structure ou personne à l'origine de la demande (raison sociale et adresse) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom et qualité du professionnel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Identité de la personne concernée par la demande :

Nom – Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Féminin     Masculin     Transgenre     Intersexe

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse actuelle et/ou organisme de domiciliation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lieu de vie actuel :  Rue     Squat     Hébergé-e chez un tiers     Hébergement  
 Logement     Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Situation familiale :  Célibataire     Marié-e     Divorcé-e     Séparé-e     Veuf/ve  
 Pacsé-e



Carte vitale :  Oui  Perdue/à refaire  En cours de fabrication

Document d'identité :  CNI  Passeport

Nationalité :  Française  CCE  Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date d'entrée en France : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Francophone :  Oui  Non, langue utilisée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nature du titre de séjour : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Validité du titre de séjour, jusqu'à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Demandeur d'asile :  Non  oui, joindre l'attestation

**Identité des accompagnants (uniquement pour les ACT) :**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lien avec le demandeur :  Enfant  Conjoint-e  Autre, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Identité des accompagnants (uniquement pour les ACT) :**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lien avec le demandeur :  Enfant  Conjoint-e  Autre, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Identité des accompagnants (uniquement pour les ACT) :**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lien avec le demandeur :  Enfant  Conjoint-e  Autre, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



Couverture Santé :

Numéro de Sécurité Sociale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Organisme de rattachement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PUMA     AME     Sans     ALD valable du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Mutuelle valable du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

CSS valable du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

AME valable du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

MDPH :

Non

Oui, n° de dossier ou coordonnées du référent : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PCH :  Oui     Non     En cours                    AEEH :  Oui     Non     En cours

Demande en cours (envoyée le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.)

Refus, indiquer le motif, date et département : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

APA :

Non

Oui, n° de dossier ou coordonnées du référent : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Demande en cours (envoyée le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.)

Refus, indiquer le motif, date et département : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



Ressources :

Sans

salaire  RSA  Retraite  Pensions  AAH  ADA  Autre

Montant mensuel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° allocataire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Dossier de surendettement :  Non  Oui  En cours

Mesure judiciaire :

Non

Oui, depuis le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Type de mesure : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordonnées du référent : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autre suivi judiciaire :

Préciser, Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



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

## Evaluation sociale et projet envisagé

Très important ! l'évaluation sociale est obligatoire

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Le :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Nom et signature :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



### Partie réservée au demandeur (personne sollicitant son admission)

Je soussigné(e) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Né(e) le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission eu sein du service

ACT avec hébergement

ACT Hors les Murs

Lits d'Accueil Médicalisés

**Mes motivations** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Je suis informé-e qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés au service. Aussi, j'ai connaissance et je donne mon accord pour qu'un partage d'informations concernant mon état de santé et ma situation sociale soit réalisé au sein de la commission d'admission.

Fait à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Signature** :