Dossier social type de demande d'admission en ACT

« Les appartements de coordination thérapeutique 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 » « Ils peuvent également assurer des missions complémentaires d'accompagnement médico-social sans hébergement » (Extrait du Décret n°2020-1745 du 29 décembre 2020)

Ne pas remplir

(Cadre réservé au service ACT)

Date de réception :

N° de dossier :

Etablissement instruisant la demande Adresse postale de la structure	
Nom et qualité du travailleur social Coordonnées téléphoniques et adresse mail	

Type d'accompagnement ACT demandé

☐ ACT (avec hébergement individuel) ☐ ACT Aller vers (A Domicile ou Hors les Murs)

Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT

Nombre de personnes malades :	Nombre d'accompagnants : (Toutes personnes non-malades, enfants, conjoint, compagnon, parents… vivant avec le demandeur)

Etat civil du demandeur : Veuillez joindre la copie de la pièce d'identité

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	
Situation familiale	
Nationalité	
Contact téléphonique du demandeur Mail du demandeur	
Pièce d'identité (CNI, titre de séjour, APS…) Précisez quel type de titre de séjour ou le motif de la demande de titre de séjour en cours. Date de fin de validité de la pièce d'identité	
Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler	Oui Non
Tutelle/Curatelle *Si oui, transmettre les coordonnées du mandataire*	Oui Non Si oui, depuis le :

Etat civil du/des accompagnant(s) MAJEUR : Veuillez joindre la copie de la pièce d'identité

	Conjoint(e)	Autres (parents…)
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe		
Situation familiale		
Lien familial avec le demandeur		
Nationalité		

Pièce d'identité (CNI, titre de séjour, APS…) Date de fin de validité de la pièce d'identité		
Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler	Oui Non	Oui Non
Tutelle/Curatelle Si oui, transmettre les coordonnées du mandataire	Oui Non Si oui, depuis :	Oui Non Si oui, depuis :

Etat civil du/des enfants :

Nom-Prénom	Sexe	Date de naissance	A charge en France		Si mesure de protection et/ou suivi(s) extérieur(s), précisez
			Oui	Non	
			Oui	Non	
			Oui	Non	
			Oui	Non	

Logement/Hébergement actuel :

	Mme / M. Demandeur	Mme / M. Accompagnant
Type de logement/hébergement		
Domiciliation Date de fin de validité Veuillez joindre la copie de la domiciliation		

Ressources :

	Mme / M. demandeur	Mme / M. accompagnant
Nature (AAH, RSA, Salaire…) + montant Si accord AAH, veuillez joindre la copie de l'attestation MDPH/MDA		
Si AAH, RSA, Garantie Jeune… précisez la date de fin de validité		
TOTAL		

Charges :

	Mme / M. Demandeur	Mme / M. Accompagnant
Nature + Montant		
TOTAL		

Dettes :

	Mme / M. Demandeur	Mme / M. Accompagnant
Nature + Montant		
TOTAL		

Couverture sociale : veuillez joindre l'attestation CPAM au dossier Social :

	Mme / M. Demandeur	Mme / M. Accompagnant
Base (régime général - PUMA)		
Protection Complémentaire (CSS / Mutuelle) Date de fin de validité		
100% ALD Date de fin de validité		
AME Date de fin de validité		

Autre(s) Intervenant(s) Sociaux : coordonnées téléphonique et mail

Evaluation sociale/Notes sociale à joindre à ce dossier social

Précisez tous les éléments utiles à la demande d'admission tels que la capacité à vivre seul, son autonomie dans les actes de la vie quotidienne, éventuels projets à court et/ou moyen terme

Document(s) impératif(s) en complément du dossier social :

- rapport médical joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure ;
- demande d'admission en ACT signée par le demandeur ;
- lettre de motivation du demandeur.

Date : **Signature :**

Dossier social à envoyer par mail ou par courrier :

admissionssociales.dispositifACT@montjoie.asso.fr

Nantes : 214 bd Robert Schuman

Angers : 5 Square de la belle étoile

Le Mans : 25 rue des Marais

« L'association MONTJOIE (ACT), est amené à collecter et à traiter des données vous concernant. L'établissement s'engage à assurer la protection, la confidentialité et la sécurité de l'ensemble de vos données personnelles.
Conformément à la réglementation applicable en matière protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation de leur traitement. Vous pouvez exercer ces droits par mail et/ou par courrier à :

- *Par mail à l'adresse DPO@montjoie.asso.fr*
- *Par courrier : Association Montjoie – DPO - 43 rue Paul Ligneul- 72000 LE MANS*

En indiquant vos nom, prénom, adresse postal et en joignant une copie de votre carte d'identité »