

**APPARTEMENT DE COORDINATION THERAPEUTIQUE (A.C.T.)**

Mr le Directeur-adjoint  
30 rue de la Providence 29000 Quimper  
Tel: 02.98.58.40.82  
[act-cornouaille@fmt.bzh](mailto:act-cornouaille@fmt.bzh)

Mme la Directrice-adjointe  
8 rue de Réo 29600 Morlaix  
Tél: 02 98 88 56 38  
[act-morlaix@fmt.bzh](mailto:act-morlaix@fmt.bzh)  
[act-cob@fmt.bzh](mailto:act-cob@fmt.bzh)

**DOSSIER SOCIAL DE DEMANDE D'ADMISSION**

A adresser sous pli confidentiel à l'attention de Mr ou Mme le ou la Directeur/rice adjoint/te

*Document impératif: Dossier médical joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure*

*(Merci de ne pas joindre de copie de document administratif)*

**Identité du demandeur :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone :     /     /     /     /

**Réservé au service A.C.T**

N° .....  
Date de réception : ..... Date de réponse : .....  
Compte rendu médical : oui/ non

**Localisation souhaitée (plusieurs choix possibles, classer par ordre de préférence le cas échéant)**

	Cornouaille <sup>1</sup>	COB <sup>2</sup>	Morlaix
Avec hébergement			
Sans hébergement			

<sup>1</sup>Quimper/Pont l'Abbé/Concarneau   <sup>2</sup>Centre Ouest Bretagne

**Structure qui instruit la demande :**

Organisme : ..... Travailleur social : .....  
Adresse : .....  
Tel ..... Mail: .....

**Composition du Ménage ( à charge)**

Nombre de Patient (s) :

Nombre d'accompagnant (s) :

\*Accompagnants : toutes personnes non-malades (enfant(s), conjoint, compagnon...) vivant avec le demandeur

**État civil du (des) demandeur(s)**

	Demandeur 1	Demandeur 2
Nom		
Prénom		
Date de naissance	.../.../.....	.../.../.....
Sexe		
Situation familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> En concubinage <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf/ve <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> En concubinage <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf/ve <input type="checkbox"/>
Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Européenne <input type="checkbox"/> Autre..... <input type="checkbox"/> Titre de séjour.....	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Européenne <input type="checkbox"/> Autre..... <input type="checkbox"/> Titre de séjour.....
Situation professionnelle		
Mesure de protection	<input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle Nom : .....	<input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle Nom : .....
Permis conduire	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Assurance : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Assurance : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

**Couverture Sociale**

Base (régime général, CSS)		
Mutuelle / CSS Date de fin : .....		
ALD 100%		
AME		

**Enfants à charge**

Nom Prénom		
Date de naissance	...../...../.....	...../...../.....
Sexe		
Lien de parenté avec le demandeur		
Situation professionnelle/scolaire		
accueil	<input type="checkbox"/> temps complet <input type="checkbox"/> we et vacs scolaires <input type="checkbox"/> droit de visite	<input type="checkbox"/> temps complet <input type="checkbox"/> we et vacs scolaire <input type="checkbox"/> droit de visite

Animal de compagnie : .....

Mode de garde possible : .....

<u>RESSOURCES MENSUELLES</u>		<u>CHARGES MENSUELLES</u>	
Nature	Montant	Nature	Montant

Nature des dettes :	Montant :
Dossier de surendettement : oui / en cours	Date :

<u>3 derniers Logements</u>		
Période	Type de logement	Motif de départ

<u>Projet du demandeur</u>
Quels sont vos besoins d'accompagnement(s) ? (Plusieurs choix possibles) <input type="checkbox"/> Administratifs <input type="checkbox"/> Budgétaires <input type="checkbox"/> Insertion professionnelle <input type="checkbox"/> Recherche de solution adaptée à la sortie de l'ACT <input type="checkbox"/> Actes de la vie quotidienne (hygiène, aide au repas, aide-ménagère, ...) (précisez)..... <input type="checkbox"/> Mobilité, accessibilité (précisez) ..... <input type="checkbox"/> Santé <input type="checkbox"/> Ecoute et soutien psychologique <input type="checkbox"/> Vie sociale, affective et familiale <input type="checkbox"/> Autres (précisez).....
<b><u>Merci de joindre une lettre expliquant votre situation et vos attentes</u></b>

Pour le traitement de votre dossier, veuillez cocher les deux cases suivantes :

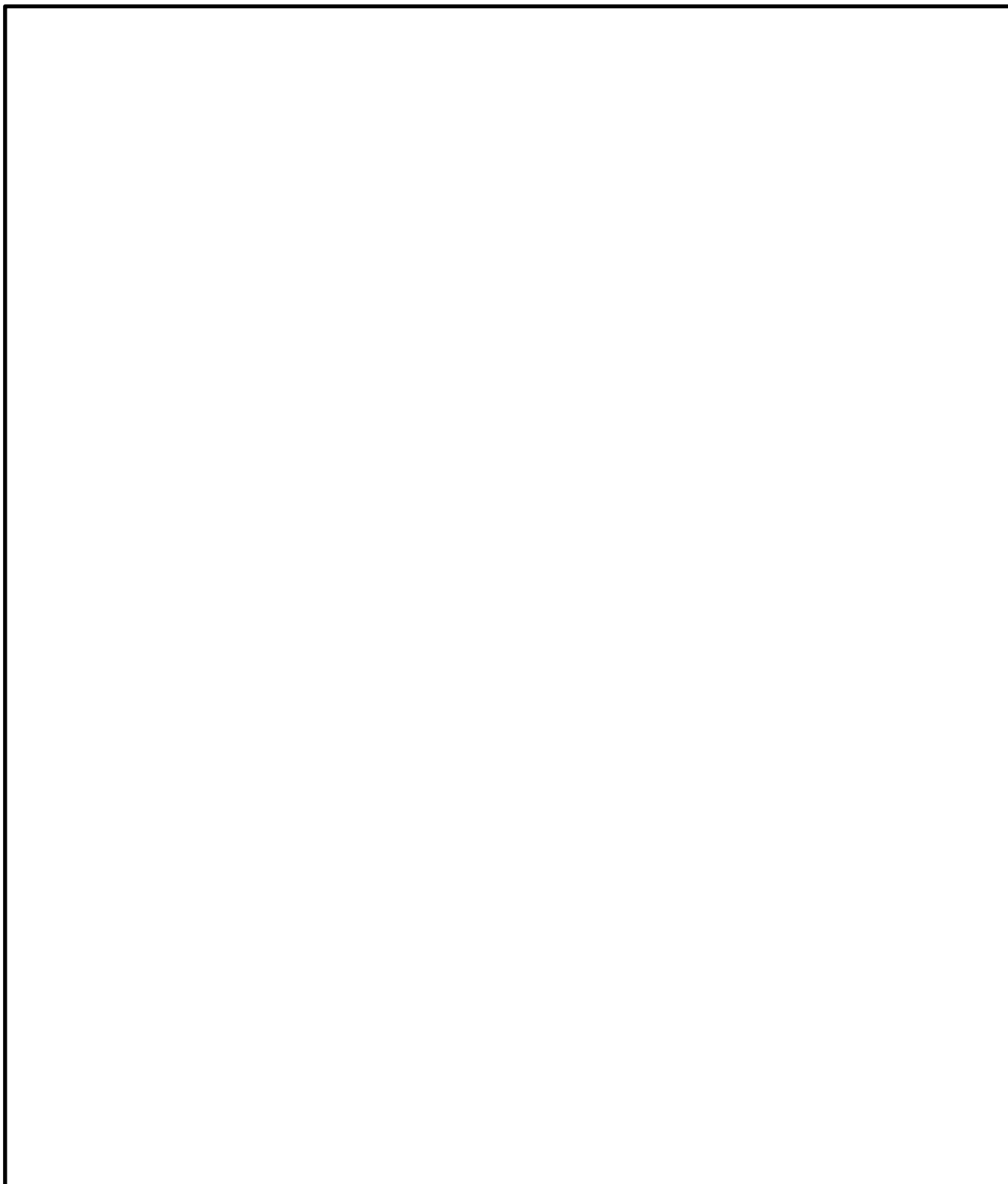
- Demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission
- Je suis informé(e) qu'un **dossier social et un dossier médical sont adressés aux ACT**

Fait le ..... A .....

Signature du demandeur :

**Exposé de situation**

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



Signature du demandeur

Signature du travailleur social