

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

Ranndioù Kenurzhiañ Yac'hadel Kerne

N° SIRET : 777 582 743 00 467

Tél: 02 98 58 40 81 - @ : act@fmt.bzh

DOSSIER SOCIAL DE DEMANDE D'ADMISSION

A adresser sous pli confidentiel à l'attention du Directeur

Merci de ne pas joindre de copie de documents administratifs

Identité du candidat :

Nom :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date et lieu de naissance :

(Age :)

Établissement instruisant la demande	
--------------------------------------	--

<u>Réservé au service</u> <u>A.C.T</u> N°

Nom et qualité du travailleur social	
--------------------------------------	--

<u>Date réception</u>

<u>Date réponse</u>

Coordonnées (adresse mail et téléphone)	
---	--

<u>Compte-rendu médical</u>	oui/non
-----------------------------	---------

Avis de l'équipe

Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT

Nombre de malade(s) :

Nombre d'accompagnant (s) :

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

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

Quimper

Pont-L'abbé

Concarneau

État civil du (des) demandeur(s)

N° 1	
M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/> Melle <input type="checkbox"/>
Nom	
Prénom	
Date de naissance	.../.../.....
Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
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"/>
Nationalité	
Travail/occupation	
Domiciliation	
Téléphone	

N° 2	
M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/> Melle <input type="checkbox"/>
Nom	
Prénom	
Date de naissance/...../.....
Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
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"/>
Nationalité	
Travail/occupation	

RESSOURCES MENSUELLES

	Personne 1	Personne 2
Demandeur(euse)		
Nature		
Montant		
Commentaires		

CHARGES MENSUELLES

	Personne 1	Personne 2
Demandeur(euse)		
Nature		
Montant		
Commentaires		

DETTES ANTERIEURES EVENTUELLES / ECHEANCIER

Dettes antérieures éventuelles		
Echéancier mis en place		
Commentaires		

COUVERTURE SOCIALE

Base (régime Général, C.S.S)		
C.S.S. / MUTUELLE		
A.L.D 100 %		
A.M.E		

EVALUATION SOCIALE A JOINDRE

Préciser 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.**

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/la demandeur/se (ci-après)
- Lettre de motivation du/de la demandeur/se
- Rapport Social

Nom et fonction du professionnel instruisant la demande :

.....

Signature du Professionnel instruisant la demande :



Appartements de Coordination
Thérapeutique de Cornouaille
Ranndioù Kenurzhiañ Yac'hadel Kern

DEMANDE D'ADMISSION

EN APPARTEMENT DE COORDINATION THERAPEUTIQUE

(A.C.T)

Je soussigné(e).....

né(e) le/...../..... à

Pays :

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein de la structure ACT de la Direction Logement Habitat Jeunes à Quimper.

Je suis informé(e) qu'un **dossier social et un dossier médical sont adressés à cette structure.**

Fait à

Le/...../.....

Signature