

APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE (A.C.T) DE CORNOUAILLE

30, rue de la providence - 29000- QUIMPER

Tél : 02 98 55 31 58 / @ : 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

Établissement instruisant la demande		<u>Réservé au service A.C.T</u> N°	
Nom et qualité du travailleur social		Date réception	Date réponse
Coordonnées		Compte-rendu médical	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

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	

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 (si possible)

Nom et fonction du professionnel instruisant la demande :

.....

Signature du Professionnel instruisant la demande :

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 _____