

DOSSIER MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN APPARTEMENT DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)

(À adresser par voie postale sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur de l'ACT)

MEDECIN INSTRUISANT LA DEMANDE	TAMPON
NOM : TEL :	

Identité du patient	
NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe :
Téléphone :	

Données médicales

**JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE DES COURRIERS MEDICAUX RÉCENTS
(moins de 6 mois)**

Pathologie chronique somatique motivant la demande d'admission en ACT :

.....

Stade :

Autres pathologies associées :

.....

Troubles psychiques/ psychiatriques La(les)quelle(s) :

Suivi : oui non Service ou médecin référent :

Conduites addictives La(les)quelle(s) :

Suivi : oui non Service ou médecin référent :

43-45 Rue Antonin Perrin - 69100 Villeurbanne
Tél : 04 69 16 70 00 – Fax : 04 69 16 70 08
Mail : accueil@hestia-orsac.fr
FINESS 69 001 480 8

Grossesse en cours : oui non

Antécédents médicaux notables :

.....
.....
.....

Traitement : **JOINDRE IMPERATIVEMENT L'ENSEMBLE DES ORDONNANCES EN COURS**

Besoins d'aide à l'observance :

Perspectives thérapeutiques :

.....
.....
.....

Autonomie

Déficit cognitif :

Déficit moteur :

A besoin d'être aidé(e) dans les actes de la vie quotidienne :

- Courses Préparation des repas Prise des repas
 Hygiène personnelle / habillage Ménage
 Autre(s) :

Besoins en accompagnement :

- Accès aux soins Coordination des soins
 Compréhension de la maladie Compréhension du traitement
 Equilibre alimentaire Autres(s) :

Autres informations :

.....
.....
.....

Date :// 20.....

Signature :

Dossier social de demande d'admission

en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

A remplir par le demandeur, accompagné d'un travailleur social

(Merci de **NE PAS** joindre de document administratif à cette demande)

Présentation

Vous vous apprêtez à faire une demande d'admission en appartement de coordination thérapeutique. Les ACT proposent un accompagnement global qui comprend :

- Une coordination de soins
- Un accompagnement psychosocial
- Un hébergement temporaire

Il est nécessaire d'adhérer à l'ensemble de ces trois axes pour vous permettre de bénéficier d'un accompagnement de qualité.

Notre objectif commun est de vous accompagner vers l'autonomie.

Chaque ACT ayant sa propre procédure d'admission, n'hésitez pas à nous contacter par téléphone pour plus d'informations (liste des ACT d'Auvergne Rhône-Alpes et de leurs coordonnées en annexe).

Date de la demande :

Votre état civil et vos coordonnées

Nom/Prénom :

Age :

Sexe :

@

✉

☎

Souhaitez-vous recevoir le courrier de réponse à cette adresse ? oui non

Si non, merci de préciser à quelle adresse envoyer la réponse :

43-45 Rue Antonin Perrin - 69100 Villeurbanne
Tél : 04 69 16 70 00 – Fax : 04 69 16 70 08
Mail : accueil@hestia-orsac.fr
FINESS 69 001 480 8

Personnes qui souhaitent vous accompagner et intégrer l'ACT à vos côtés (conjoint, enfants, parents...)

Nom/Prénom	Sexe	Lien avec le demandeur	Age

- Avez-vous un animal de compagnie ? oui non

Quelle est votre situation administrative ?

	Demandeur	Personne accompagnante
Nationalité <i>(rayer les mentions inutiles)</i>	FRANCAISE ETRANGERE <i>(Préciser svp).....</i>	FRANCAISE ETRANGERE <i>(Préciser svp).....</i>
Situation administrative	Carte nationale d'identité française <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Droit au séjour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Dossier déposé en Préfecture <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autorisation de travail <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Carte nationale d'identité française <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Droit au séjour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Dossier déposé en Préfecture <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autorisation de travail <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Date d'entrée en France		

Quelle est votre couverture sociale ?

Demandeur	Personne accompagnante
Couverture sociale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, Si oui type: Date de validité : 100% ALD <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Couverture complémentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui type: Période de validité :	Couverture sociale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, Si oui type: Date de validité : 100% ALD <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Couverture complémentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui type: Période de validité :

Où avez-vous vécu dernièrement ?

Logement autonome

oui non

Hébergement temporaire

oui non

Hébergement d'urgence

oui non

Autre :

Quelles sont vos ressources actuelles ?

Demandeur	Personne accompagnante
<p style="text-align: center;">Vos ressources :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Avez-vous des dettes ? :</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Avez-vous un dossier de surendettement ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p style="text-align: center;">Ses ressources :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Quel a été votre parcours professionnel ? (Scolarité, formation, emploi...)

Quels sont vos besoins ?

(Plusieurs choix possibles)

- Administratifs
- Budgétaires
- Insertion professionnelle
- Avoir un logement
- Accompagnement dans le quotidien (hygiène, aide au repas, aide-ménagère, accessibilité ...)
- Santé
- Ecoute et soutien psychologique
- Vie sociale et familiale
- Apprentissage du français
- Autres

Éléments complémentaires que vous souhaitez nous communiquer

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature :

Date :

BOURG EN BRESSE – ACT BASILIADE

24 rue Gabriel de Vicaire
01000 BOURG EN BRESSE

Tél : 04.72.00.62.50
courriel : contact.bourg@basiliade.org

VALENCE – ACT Madeleine Barrot

92, Rue Faventines
26000 VALENCE

Tél : 04.75.60.11.40 – fax : 04.75.58.63.71

MONTELMAR – ACT Diaconat Protestant 26-07

18, Chemin de Géry
26200 MONTELMAR

Tél : 04.75.01.05.52

BOURGOIN JALLIEU – ACT MAION

5, Rue Charcot
38300 BOURGOIN JALLIEU

Tél : 04.74.28.39.08
Courriel : act.maion@gmail.Com

ROANNE – ACT Le centre Rimbaud

19, Rue Augagneur
42300 ROANNE

Tél : 04.77.70.11.25

CLERMONT FERRAND – ACT GROUPE SOS

2, Rue Becquerel – bâtiment b
63000 CLERMONT FERRAND

Tél : 04.73.78.44.02 – Fax : 04.73.26.96.21
courriel : act.clermont-ferrand@groupe-sos.org

CLERMONT FERRAND – ACT ESPERANCE 63

28, Rue Daguerre
63000 CLERMONT FERRAND

Tél : 04.73.26.94.22 – Fax : 04.73.91.77.34
courriel : act@esperance63.fr

LYON – ACT ENTR'AIDS

53, Rue Dubois Crancé
69600 OULLINS

Tél : 04.78.50.16.05 – Fax : 04.78.50.10.01

LYON – ACT BASILIADE

9, Place Aristide Briand
69003 LYON

Tél : 04.72.00.95.95 – Fax : 04.72.00.96.96
courriel : basiliade.lyon@basiliade.org

LYON – ACT la villa d'Hestia

43 – 45, rue Antonin Perrier
69100 VILLEURBANNE

Tél : 04.69.16.70.00
courriel : accueil@hestia-orsac.fr

CHAMBERY – ACT SAVOIE

5, Rue Pierre et Marie Curie
73000 CHAMBERY

Tél : 04.79.96.58.25 – Fax : 04.79.96.58.27
courriel : respects73@respects73.fr

ANNECY – ACT OPPELIA LE THIANTY

8 bis, Avenue de Cran
74000 ANNECY

Tél : 04.50.67.97.97 – Fax : 04.50.67.97.83