



**Solidarité  
Accueil**

**SOLIDARITE ACCUEIL**  
Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)  
1 Bis rue Michelet- 36 000 Châteauroux  
Tél : 02.54.01.40.90- fax : 02.54.60.04.89  
act@solidarite-accueil.fr

## Dossier social d'admission ACT

*Les Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.) « hébergent à titre temporaire 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, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion » (extrait du décret 2002-1227 du 3 octobre 2002).*

Établissement instruisant la demande		<b>Cadre réservé au service ACT N°</b>
Nom et qualité du travailleur social		<u>Date réception</u> <u>Date réponse</u>
Coordonnées (adresse, téléphone, mail)		<u>Avis de l'équipe</u>

### État civil du demandeur

Nom	
Prénom	
Date et lieu de naissance	
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Situation familiale	
Nationalité	
Si étranger, présence d'un titre de séjour ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mesure de protection ? ( <i>rayez la (les) mention(s) inutile(s)</i> )	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Sauvegarde de justice Curatelle simple Curatelle renforcée Tutelle
Si mesure de protection, fin de la mesure ?	
Numéro de téléphone :	

SOLIDARITE ACCUEIL Siège social : 20, avenue Charles de Gaulle- 36 000 CHATEAUROUX  
Tél : 02.54.27.77.17 – Fax : 02.54.07.40.81

Email : [sdirection@solidarite-accueil.fr](mailto:sdirection@solidarite-accueil.fr) Site internet : [www.solidarite-accueil.fr](http://www.solidarite-accueil.fr)

**Type d'ACT demandé :**

- ACT généralistes
  ACT détention
  ACT hors les mur

**Type d'hébergement ACT demandé**

<input type="checkbox"/> Individuel	<input type="checkbox"/> En cohabitation
-------------------------------------	--

**Nombre d'accompagnants :** \_\_\_\_\_

**État civil du conjoint / accompagnant**

Nom	
Prénom	
Date et lieu de naissance	
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Situation familiale	
Nationalité	
Si étranger, présence d'un titre de séjour ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mesure de protection ? ( <i>rayez la (les) mention(s) inutile(s)</i> )	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Sauvegarde de justice Curatelle simple Curatelle renforcée Tutelle
Si mesure de protection, fin de la mesure ?	

**État civil du (des) enfant(s)**

Nom-prénom	Sexe	Date de naissance	A charge en France		Scolarisation, et suivi extérieur éventuel (PMI, CMPP...)
			Oui	non	

**Parcours professionnel**

Niveau scolaire	
Qualifications et formations professionnelles	
Dernier emploi occupé	

## Ressources

Nom-Prénom	Type de ressources (salaire, AAH, RSA...)	Montant	Si prestations, date de révision ou de fin ?
Total :			

## Logement/Hébergement actuel

Type de logement/ hébergement	
Coordonnées	

## Charges

Nature	Montant
Total :	

## Dettes

Nature	Montant	Montant du remboursement par mois
Total :		

Présence d'un dossier Banque de France ?  oui  non

## Couverture sociale

Type de régime ( <i>rayez la (les) mention(s) inutile(s)</i> )	Général Agricole Indépendant Autre :.....
PUMA	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
CMUC	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mutuelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
AME	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
ALD	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Numéro de Sécurité Sociale :</b>	

## Autre(s) intervenant(s) médico-social

NOM Prénom / Service	Coordonnées

## Évaluation sociale à joindre

Précisez tous les éléments utiles à la demande d'admission tels que la capacité à vivre seul dans un logement, la gestion de la vie quotidienne, et les projets à court et/ou moyen terme.

## Pièces à fournir obligatoirement :

- **Justificatif d'identité**
- **Justificatif de ressources (le cas échéant)**
- **Copie des attestations de droits sociaux**

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

- Rapport médical à joindre séparément sous pli confidentiel, à l'attention du médecin des A.C.T.
- Lettre de motivation du demandeur

**Toute demande incomplète ne pourra être instruite.**

**Signature du professionnel instruisant la demande**

## Lettre de motivation du demandeur

*Indiquez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de santé, accompagnement social, formation, travail, vie quotidienne, accès aux loisirs et à la culture...*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature