

## ACT Un chez soi d'abord "Roun kaz peyi"

1 rue des Ibis Apt A Les clos de Montjoly -97354 Rémire-Montjoly -Tel : 0594 20 44 67

### DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.) de type Un chez soi d'abord offrent un hébergement temporaire aux personnes en situation de longue errance, vivant dans la rue, souffrant d'addictions et présentant une fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins. Ce dispositif vise à assurer le suivi et la coordination des soins tout en permettant un accompagnement global (social, psychologique, insertion professionnelle).

**A remplir par l'établissement demandeur**

**(Ne pas remplir. Réservé au service ACT)**

Établissement instruisant la demande :	Date de réception :
	Date de réponse :
Nom et qualité du demandeur :	Compte-rendu médical                      oui/non
	Avis de l'équipe :

### ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

<b>Nom :</b>	
<b>Prénom :</b>	
<b>Date et lieu de naissance :</b>	
<b>Sexe :</b>	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
<b>Pièce d'identité :</b>	<input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> Titre de séjour <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de résident <input type="checkbox"/> Réfugié politique <input type="checkbox"/> Autres Précisez : .....
Date de fin de validité : .....	
Si Titre de séjour, autorisation de travailler : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>Ressource :</b>	<input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> salaire <input type="checkbox"/> Autre : .....
<b>Situation familiale :</b>	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> veuf (ve)
Nombre d'enfant(s) :	
<b>Couverture sociale :</b>	<input type="checkbox"/> Base (régime générale, CSS) <input type="checkbox"/> Autre régime de Base <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> CSS (Mutuelle) <input type="checkbox"/> Mutuelle privée N°adhérent : .....                      Date de validité : .....
Adresse : .....	





**RAPPORT MEDICAL**

*Rapport médical joint à l'attention du médecin de la structure.*

**Troubles métaboliques, neurologiques, pneumologiques, hépatiques :**

.....

**Etat psychologique, cognitif, comportemental actuel :**

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

**Fonctions locomotrices (autonomie) :**

.....  
.....

**Traitement en cours :**

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

*Date : le ...../...../.....*

*Nom/Fonction/Signature du professionnel instruisant la demande*

=====  
**Documents à joindre impérativement au dossier social**

- La copie des documents justifiant de l'identité du (des) demandeur(s)

Le présent dossier est à retourner à l'adresse mail : [act.untoitdabord@groupe-sos.org](mailto:act.untoitdabord@groupe-sos.org)