FONDATION DE NICE
Patronage Saint-Pierre Actes
RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

SECTEUR ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL
A.C.T.
6 boulevard Tzaréwitch - 06000 NICE
Tél : 04.93.84.51.53 - Fax : 04.93.97.63.51
act@fondationdenice.org

Madame, Monsieur,

Veuillez trouver ci-joint un dossier de candidature aux A.C.T. de ACTES.

Le dossier social est à compléter et à renvoyer à :

Fondation de Nice PSP-ACTES
A.C.T.
6 boulevard Tzaréwitch
06000 NICE

Vous devez y joindre un rapport social exposant la situation de la personne.

Le dossier médical est à renvoyer, sous pli confidentiel, à la même adresse en mentionnant : "A l'attention du médecin des A.C.T."

Vous en souhaitant bonne réception, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos respectueuses salutations.

Anne-Cécile NEROT
Cheffe de Service

Dossier social type de demande d'admission en ACT

Merci de ne pas joindre de copie de documents administratifs

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).

(Ne pas remplir)

Établissement instruisant la demande		***Réservé au service ACT*** N°
Nom et qualité du travailleur social		Date réception Date réponse
Coordonnées		Compte-rendu médical oui/non Avis de l'équipe

Type d'hébergement ACT demandé

☐ Collectif	☐ Semi-collectif	☐Individuel

Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT

Nombre de malade(s) :	Nombre d'accompagnant(s)* :

État civil du (des) demandeur(s)

	M. Mme Melle	M. Mme Melle
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe		
Situation familiale		
Nationalité		
Pièce d'identité (CNI, titre de séjour, APS)		
Si titre de séjour précisez si autorisation de travailler	☐Oui ☐Non	☐Oui ☐Non
Tutelle/curatelle		

État civil du (des) enfant(s)

Nom-Prénom	Sexe	Date de naissance	A charge en France		Si mesure de protection et/ou suivi(s) extérieur(s), précisez
			Oui	Non	

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

Logement/Hébergement actuel

	M. Mme Melle	M. Mme Melle
Type de logement/hébergement		
<u>Facultatif</u> : coordonnées		

Ressources

Nature **(AAH, RSA, salaire…)**	**M. Mme Melle** **Montant**	**M. Mme Melle** **Montant**
Total		

Charges et dettes

Nature	**M. Mme Melle** **Montant**	**M. Mme Melle** **Montant**
Total		
Dettes éventuelles		

Couverture sociale

	M. Mme Melle	M. Mme Melle
Base (régime général, CMU)		
CMU complémentaire/mutuelle		
100% A.L.D.		
AME		

Autre(s) intervenant(s)

Évaluation sociale à joindre

Précisez 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

<u>Document(s) impératif(s) en complément du dossier social</u> :

- Rapport médical joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure.
- Demande d'admission en ACT signée par le demandeur.
- Lettre de motivation du demandeur si demandée par structure ACT

Signature du professionnel instruisant la demande

Demande d'admission en Appartement de coordination thérapeutique (ACT)[1]

Je soussigné(e)[2] _____

Né(e) le _____ à _____

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein de la (les) structure(s) ACT[3] suivante(s) :

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

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

Fait à _____ Le _____

Signature

_____

[1] Signer une demande d'admission par demandeur

[2] Nom du demandeur

[3] Nom de la (des) structure(s)

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 IMPÉRATIVEMENT LA COPIE DES COURRIERS MÉDICAUX 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 : ……

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 :**

FONDATION DE NICE
Patronage Saint-Pierre Actes
RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

SECTEUR ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL
A.C.T.
6 boulevard Tzaréwitch - 06000 NICE
Tél : 04.93.84.51.53 - Fax : 04.93.97.63.51
act@fondationdenice.org

LETTRE DE MOTIVATION

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

Nice, le ...../...../.....