

**Appartements de Coordination Thérapeutique**

2, impasse Georges Buffon

58000 Nevers

03 86 68 62 69

act58@associationpagode.com

**Dossier social type de demande d'admission en  
Appartement de Coordination Thérapeutique  
(ACT)**

## Établissement orienteur

<b>Nom de l'établissement :</b>
<b>Nom et qualité du travailleur social :</b>
<b>Coordonnées :</b>

## Demande ACT

<b>La demande concerne :</b>		
<b>ACT classique</b> <input type="checkbox"/>	<b>ACT classique</b> <input type="checkbox"/> (personne sous main de justice)	<b>ACT à domicile</b> <input type="checkbox"/>

## État civil du demandeur

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b> .....
<b>Date et lieu de naissance :</b>	
<b>Sexe :</b>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
<b>Situation familiale :</b>	
<b>Nationalité :</b>	
<b>Numéro de téléphone :</b>	
<b>Pièce d'identité :</b>	CNI <input type="checkbox"/> Titre de séjour <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
<b>Date de fin de validité :</b>	Préciser : .....
<b>Si titre de séjour, autorisation de travailler :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Mesure de protection :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Si oui, préciser ses coordonnées :</b>	
.....	
.....	
.....	

## État civil du (des) enfant(s)

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

## Logement actuel

• **Type de logement :** .....

• **Coordonnées :**

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

## Point financier

• **Nature des ressources (AAH, RSA, salaire...) :**

• **Montant mensuel :**

• **Charges mensuelles et leur montant :**

- .....  
- .....  
- .....  
- .....

• **Dettes :**     Oui     Non

Si oui, montant et nom des créanciers :

- .....  
- .....  
- .....

## Couverture sociale

• **De base :**     Oui     Non

Si oui, lequel (régime général, agricole...) :

• **Complémentaire :**     Oui     Non

Si oui, lequel (mutuelle, CSS...) :

• **100% ALD :**             Oui     Non

• **AME :**             Oui     Non

• **Préciser si des démarches sont en cours (transfert de dossier, renouvellement...) :**

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

**Autres intervenants**

**Préciser les noms et coordonnées :**

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

**Évaluation sociale**

**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 :**

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

**Date :**

**Signature du travailleur social**

**Signature de la personne**

Dossier à envoyer accompagné de la lettre de motivation de la personne et du dossier médical mis sous pli confidentiel, à l'adresse suivante :

**Association PAGODE – Service ACT  
2 Impasse Georges Buffon  
58000 NEVERS**

# PAGODE

**ACT**

**Appartements de Coordination Thérapeutique**

2, impasse Georges Buffon

58000 Nevers

03 86 68 62 69

act58@associationpagode.com

## Fiche médicale de demande d'admission en ACT

*A adresser sous pli confidentiel à l'attention du  
Médecin coordonnateur des ACT  
2, impasse Georges Buffon 58000 Nevers*

**Nom du Médecin Demandeur :**

**Date :**

**Téléphone :**

**Identité de la Personne :**

Nom usuel :	
Nom de Naissance :	
Prénom(s) :	
Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>

**Motif de la demande de prise en soins ACT :**

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

**Autre(s) pathologie(s) évolutive(s) :**

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

**À joindre , si possible :**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Ordonnances actives</li><li>- Comptes rendus médicaux significatifs</li><li>- Éventuellement une attestation ALD</li></ul> |
|--|

**Appartements de Coordination Thérapeutique**

2, impasse Georges Buffon

58000 Nevers

03 86 68 62 69

act58@associationpagode.com

## Demande d'admission en Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission au sein du service des ACT :

- classique
- classique (personne sous main de justice)
- à domicile

Mes projets sont les suivants :

- 
- 
- 
- 
- 
- 

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

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

