

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Ce dossier doit être envoyé :

A l'attention de **Renaud Fleury, Chef de service**

Exceptée la partie médicale qui doit être envoyée à **Jean-Paul Crouzet, Médecin coordinateur**

Informations générales

Les Appartements de Coordination Thérapeutique, accueille, héberge et accompagne des personnes :

- majeures, seules ou accompagnées
- atteintes de pathologies graves nécessitant des soins et une coordination médicale
- en situation de fragilité psycho sociale
- désireuses d'être hébergées et accompagnées dans un projet de soins et d'insertion

1) L'hébergement et l'accompagnement

Le service propose :

- un hébergement individuel ou en co-résidence,
- une coordination médicale et un accompagnement au soin,
- un accompagnement social individualisé visant l'accès aux droits et à l'insertion,
- un accompagnement de la vie quotidienne.

La prise en charge est assurée en continu. Elle ne se substitue pas à l'accompagnement médical déjà en place.

Un contrat de séjour est signé en début de prise en charge. Il est d'une durée maximum de six mois et peut être renouvelé en fonction des besoins d'accompagnement et de l'évolution de la situation de la personne.

L'ensemble des logements est situé à Perpignan.

Une équipe pluridisciplinaire accompagne les usagers tout au long de leur séjour.

Elle est composée de professionnels médicaux ou paramédicaux (Médecin, Infirmière Coordinatrice, Infirmière, Éducateur Sportif APA) et d'intervenants socio-éducatifs (Conseillère en ESF, Educatrice spécialisée, Accompagnants Educatifs et Sociaux).

2) La participation financière

La participation financière est fixée selon un barème tenant compte des ressources de la personne, et éventuellement de ces charges.

Une caution de 150 € est demandée. Elle est restituable suivant un état des lieux contradictoire.

Par ailleurs la souscription à une police d'assurance « responsabilité civile vie privée » revêt un caractère obligatoire.

3) Le règlement intérieur

Lorsque la personne est admise, elle s'engage à respecter le règlement intérieur, inclus dans le règlement de fonctionnement dans la partie « devoirs de l'usager ».

Liste des pièces à fournir

Afin d'évaluer au mieux votre demande d'accueil au sein de la structure, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce dossier et de joindre à celui-ci les pièces suivantes, si vous les avez :

- Photocopie de **la carte d'identité ou carte de séjour** ;
- Photocopie de **l'attestation d'assuré social** ;
- Photocopie de **la carte de mutuelle** ;
- Attestation CAF** de vos prestations (RSA, AAH...) ;
- Notification MDPH** (AAH, reconnaissance travailleur handicapé...) ;
- Pour les personnes bénéficiant d'une mesure de protection, **nom du délégué mandataire et de l'organisme, photocopie de la décision de justice** ;
- Expression de la personne sur ses attentes et ses besoins : projet d'accompagnement** (page 6)
- Evaluation sociale** rappelant l'historique de la prise en charge par le service instruisant la demande, l'avis motivé du travailleur social quant à la volonté du demandeur à s'inscrire dans un projet de soins et d'insertion et sa capacité à vivre de façon autonome dans un appartement.
- Dossier médical** (pages 9 à 11)
- Grille d'évaluation de l'autonomie** (page 7)
- Autorisation de communication de données administratives et / ou médicales** (page 8)

Organisme présentant la situation :

Personne chargée du dossier :

Qualité :

Adresse, mail et téléphone :

Autres intervenants ou personnes ressources :

Identité de la ou des personnes concernées par la demande

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse / domiciliation :

Téléphone / adresse mail :

Situation familiale

Célibataire

Séparé (e)

Marié (e)

Vie maritale

Divorcé (e)

Veuf (ve)

Nombre d'enfants : A charge :

Existence d'une mesure de protection ou suivi extérieur : OUI NON

Si oui,
précisez :

Si la personne souhaite être accueillie avec un ou plusieurs accompagnants (conjoint(e), enfants(s), ami(e)... :

Nom(s) :

Prénom(s) :

Lien avec la personne concernée :

Téléphone / adresse mail :

Nationalité

Française

Autre laquelle

Document d'identité

Nature

Validité

Renouvellement en cours oui non date

Situation relative au logement

Locataire sans logement stable hébergé
Autre

Domiciliation :

Demande de logement social en cours : OUI NON date

Ressources mensuelles

Nature	Montant
Salaire	
Indemnités journalières	
Allocation chômage	
Pension d'invalidité	
AAH	
RSA	
Prestations familiales	
Autres (à préciser)	
Total	

Charges mensuelles

Nature (loyers, factures, mutuelle, assurances, crédit, ...)	Montant
Total	

Dettes éventuelles

Nature	Montant

Existe-t-il une situation de surendettement : OUI NON

Si oui, un dossier a-t-il été déposé à la Banque de France : OUI NON

Couverture sociale

Droits ouverts : OUI NON

numéro de sécurité sociale :

.....

Régime général ou autre.....

Département de la Caisse primaire :

.....

.....

ALD : OUI NON

Aide Médicale d'Etat : OUI NON

Date de fin :

Couverture complémentaire

Puma / CSS : OUI NON

Date de fin :

Mutuelle : OUI NON

Nom de la mutuelle

Date de fin de contrat

Droits MDPH

Droit ouverts OUI NON

Dossier déposé le

AAH : OUI NON date de fin

PCH : OUI NON date de fin

Volume d'heures

Pourcentage invalidité : - 80 % + 80%

Orientation FAM MAS Ehpad famille d'accueil
Samsah Savs

Expression de la personne sur ses attentes et ses besoins

(à compléter par ou avec la personne concernée)

Expliquez en quelques lignes et avec vos propres mots ce que vous attendez d'une prise en charge en ACT (santé, démarches administratives, vie quotidienne... etc.) N'hésitez pas à évoquer vos difficultés et vos besoins en termes d'accompagnement.

Vous pouvez préciser le nom et la qualité de la personne qui vous a éventuellement accompagné dans cette rédaction :

Evaluation de l'autonomie

Ce questionnaire a pour but d'évaluer la capacité de la personne à vivre dans un logement autonome.

Il a été rempli par : **Qualité :**

La personne peut-elle:	oui	un peu	avec aide	pas du tout
Se lever seule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher seule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester seule la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire seule sa toilette ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller seule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-elle des difficultés d'hygiène repérées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Peut-elle manger seule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se faire à manger seule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre seule ses médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garder ses médicaments avec elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se servir seule d'un téléphone ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretenir seule son logement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester seule dans l'appartement sans se mettre en danger ? (intrusion extérieure, risques domestiques, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire face à des situations de faiblesses ? (désorientation, vol, sollicitations abusives, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se repérer et se déplacer sur l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-elle utiliser seul les transports en communs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Y a-t-il un besoin d'aide à domicile (auxiliaires de vies, aides ménagères, Idel...) oui non

Si oui, l'aide est-elle : déjà en place à prévoir

Précisez la nature de l'aide :

.....

.....

.....

.....

Demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

Je soussigné(e).....

Né(e) le à

Demande l'examen de mon dossier de candidature en vue d'un éventuel accueil au sein du service ACT

Perpignan.

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

Fait à Le

Signature du demandeur :

DOSSIER MEDICAL

Demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)
A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur :
Dr Jean-Paul CROUZET (ACT Perpignan)

Date :

Nom et fonction de la personne qui remplit ce dossier :

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

Adresse / téléphone / mail :

.....
.....

Identité du patient

Nom : Sexe : Masculin Féminin Transgenre

Prénom : Date de naissance :

Pathologie (s) motivant la demande d'accueil en ACT :

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

Médecin ou service assurant le suivi de cette pathologie :

Adresse / téléphone / mail :

.....
.....

Précisions sur les soins et traitements en cours ou à prévoir :

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

Merci de joindre à ce dossier les photocopies de comptes-rendus médicaux récents, résultats de bilan biologiques, dernière prescription de traitements médicamenteux ou tout document pouvant apporter des informations médicales complémentaires.

Autre(s) pathologie(s) ou trouble(s) associé(s) – comorbidités

La personne présente d'autres trouble(s) ou pathologie(s) :

- **somatique(s)** oui non

Si oui, merci de préciser :

- **psychique(s)** oui non

Si oui, merci de préciser :

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

Nom et coordonnées du ou des médecins référent(s) :

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

- **Conduites addictives** oui non

Si oui, merci de préciser :

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

Nom et coordonnées du ou des médecins référent(s) :

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

Besoins spécifiques

Précisez la nature des soins :

En cours à prévoir

Commentaires

(état général, compliance, difficultés, éléments significatifs, etc...)