

## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Ce dossier doit être envoyé :

A l'attention de **Régis DELPLACE, Chef de service**

Exceptée la partie médicale qui doit être envoyée à **Valérie GARAMBOIS, Médecin coordinateur**

### Informations générales

---

Vous souhaitez être accueilli par le service d'Appartements de Coordination Thérapeutique de Carcassonne. Avant de remplir votre demande, voici quelques points importants concernant le fonctionnement du service.

#### 1) L'hébergement et l'accompagnement

Les Appartements de Coordination Thérapeutique accueillent des personnes atteintes de grave (s) pathologie (s) chronique (s), nécessitant une coordination médicale, en situation de précarité.

Le service propose :

- un hébergement semi-collectif ou individuel,
- 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 Carcassonne.

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

Elle est composée de professionnels médicaux (Médecin, Infirmière) et d'intervenants socio-éducatifs (Educatrice, Moniteur éducateur, Aide Médico-psychologique, Accompagnant Educatif et Social).

#### 2) La participation financière

La participation financière est fixée à 10% du forfait journalier hospitalier (20 € au 01/01/2018) conformément au décret 2002-1227 du 30 octobre 2002 relatif aux ACT, auquel s'ajoute une participation aux frais de fonctionnement, ajustée suivant les ressources et, éventuellement, certaines charges de la personne accueillie.

Les frais concernant la nourriture, les produits d'hygiène personnelle et les produits ménagers sont à la charge de la personne accueillie.

Une caution de 150 € est demandée. Elle est restituable suivant un état des lieux contradictoire réalisé à l'entrée et à la sortie de l'utilisateur.

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. Ce règlement est inclus dans le règlement de fonctionnement, qui est remis à la personne lors de son admission. Il permet de garantir aux personnes accueillies le respect des règles, indispensable au bon fonctionnement du service.

## 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 des attentes et besoins** (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 et téléphone :

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

Autres intervenants éventuels :

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

## Identité de la ou des personnes concernées par la demande

Nom :

.....

Prénom :

.....

Date et lieu de naissance :

.....

Adresse :

.....

.....

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 :

.....

.....

## NATIONALITE

Française

Autre  laquelle .....

Pièce d'identité

Nature .....

Validité .....

## SITUATION RELATIVE AU LOGEMENT

---

Locataire  sans logement stable  hébergé   
Autre

Domiciliation :

Demande de logement social en cours : OUI  NON

## 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
<b>Total</b>	





## 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"/>	<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...) 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  
Carcassonne.

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 coordonnateur :

Dr Jean-Paul CROUZET (ACT Carcassonne)

Date : .....

Nom du médecin demandeur : .....

Adresse / téléphone / mail : .....

.....

## Identité de la personne effectuant une demande en ACT

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)**

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

- **somatique(s)**  oui  non

Si oui, merci de préciser :

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

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

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

- **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

- **La personne se déplace**

- Seule     avec une canne     avec un déambulateur     avec un fauteuil roulant manuel  
 avec un fauteuil roulant électrique

- **Appareillages**

- Sonde urinaire                                       Stomie urinaire                                       Alimentation parentérale  
 Stomie digestive d'élimination     Stomie d'alimentation                                       Trachéotomie  
 Ventilation / oxygénothérapie  
 Autre : .....

.....  
.....

- **La personne nécessite :**

- Une hospitalisation à domicile     Des soins infirmiers à domicile     Une aide aux soins d'hygiène

Précisez la nature des soins :

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

- En cours                       à prévoir

## Commentaires

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

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