ACT 11
Appartements de Coordination Thérapeutique
61 rue des Genévriers – 11000 Carcassonne
Téléphone : 04 68 72 02 71_Fax : 04 68 25 36 15
act.carcassonne@groupe-sos.org

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Ce dossier doit être envoyé :
À l'attention de : ***Delphine DELOFFRE Cheffe de service***
Exceptée la partie médicale qui doit être envoyée à l'attention du *Médecin coordinateur des ACT 11*

Informations générales

Vous souhaitez être accueilli(e) par le service d'Appartements de Coordination Thérapeutique 11. 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 11 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 sur 2 communes : **Carcassonne et Narbonne**.

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 (Travailleur social, Aides Médico-psychologique).

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'usager.

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** ;
- ☐ Attestation de **responsabilité civile personnelle**
- ☐ 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, des besoins et des motivations** *(page 7)*
- ☐ **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 12)*
- ☐ **Grille d'évaluation de l'autonomie** (page 12)
- ☐ **Autorisation de communication de données administratives et / ou médicales** (page 8)

Organisme présentant la situation :

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

Personne chargée du dossier :

.....
.....

Qualité :

.....
.....

Adresse / téléphone et mail :

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

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 : .....

Exercez-vous des Droits de Visites et d'Hébergement auprès de vos enfants : OUI ❒ NON ❒

Ces Droits de Visites et d'Hébergement sont-ils organisés par :

Accord amiable entre détenteurs de l'autorité parentale : OUI ❒ NON ❒

Une décision du J.A.F / J.E. ? OUI ❒ NON ❒

Souhaitez-vous Exercer vos Droits de Visite et d'hébergement à partir des ACT11 ? OUI ❒ NON ❒

Si oui, quelle est la fréquence du mode de garde ? .....

Souhaitez-vous être accueilli(e) avec un ou plusieurs accompagnants (conjoint(e), enfants(s), ami(e)... :
Nom(s) :

.....

Prénom(s) :

.....

Lien avec la personne concernée :

.....

Téléphone / adresse mail :

.....

.....

ANIMAUX DE COMPAGNIE

Avez-vous des animaux de compagnie ? : OUI ❒ NON ❒

Si oui, combien ? .....

Leurs vaccinations sont-elles à jour ?: : OUI ❒ NON ❒

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
Total	

DETTES EVENTUELLES

Nature	Montant
Total	

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ou suivi extérieur ?: OUI ❒ NON ❒

Si oui,
Précisez .....
.....

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

Ouverture des droits : OUI ❒ NON ❒

Si oui numéro d'immatriculation :
.....
.....

Adresse de la Caisse primaire :
.....
.....
.....
.....

ALD : OUI ❒ NON ❒

Aide Médicale d'Etat : OUI ❒ NON ❒

Couverture complémentaire

CSS : OUI ❒ NON ❒
Mutuelle : OUI ❒ NON ❒

Nom de la mutuelle :
.....
.....

Date de fin de contrat :
.....

EXPRESSION DE VOS ATTENTES, BESOINS ET MOTIVATIONS

(à compléter avec l'aide d'un travailleur social ou par 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 formulation :

……

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 des ACT 11.

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

Je suis favorable à une admission en colocation (maximum 2 personnes) : OUI ❒ NON ❒

Préférence géographique d'admission : Carcassonne ❒ Narbonne❒ Pas de préférence ❒

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 des ACT 11

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 :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Traitement en cours :
.....
.....
.....
.....

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 (y compris alcool)❒ oui ❒ non

Si oui, merci de préciser :

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux / chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

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 : .....

.....

.....

❒ Lit médicalisé

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...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluation de l'autonomie

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

La personne peut-elle:	oui	un peu	avec aide	pas du tout
Se lever seule ?	❒	❒	❒	❒
Se coucher seule?	❒	❒	❒	❒
Rester seule la nuit ?	❒	❒	❒	❒
Faire seule votre toilette ?	❒	❒	❒	❒
S'habiller seule ?	❒	❒	❒	❒
Avoir des difficultés d'hygiène repérées ?	❒	❒	❒	❒
Manger seule ?	❒	❒	❒	❒
Se faire à manger seule ?	❒	❒	❒	❒
Prendre seule ses médicaments ?	❒	❒	❒	❒
Garder ses médicaments avec elle ?	❒	❒	❒	❒
Se servir seule d'un téléphone ?	❒	❒	❒	❒
Entretenir seule son logement ?	❒	❒	❒	❒
Rester seule dans l'appartement sans se mettre en danger (intrusion, risques domestiques, ...)?	❒	❒	❒	❒
Faire face à des situations de faiblesses ? (désorientation, vol, sollicitations abusives, etc)	❒	❒	❒	❒
Se repérer dans le temps et se déplacer sur l'extérieur ?	❒	❒	❒	❒
Utiliser seule les transports en communs ?	❒	❒	❒	❒

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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....