

Dossier de demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique Pôle d'Addictologie en Limousin

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 Demande N° :	
Nom et coordonnées du travailleur social référent		<u>Date réception</u>	<u>Date réponse</u>
Nom et Coordonnée du médecin référent :		<u>Compte-rendu médical</u>	oui/non
		Avis de l'équipe	

État civil du (des) demandeur(s)

	M. Mme
Nom	
Prénom	
Adresse	
Coordonnée téléphonique (sinon merci de préciser les moyens de joindre le demandeur)	
Date et lieu de naissance	
Sexe	
Situation familiale	
Nationalité	
N° SS :	
Pièce Identité en cours Validité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si titre de séjour (précisez si autorisation de travailler)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mesure de protection (curatelle...) Si oui : type de mesure / nom et coordonnées du mandataire judiciaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Logement/Hébergement actuel

Type de logement/hébergement	
Adresse :	
Remarque :	

Nom :

Prénom :

Couverture sociale

N° SS :	
Base (régime général, CMU)	
CMU complémentaire	Date de fin :
Mutuelle (nom + coordonnée)	
100% A.L.D.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de fin :
AME	Date de fin :

Ressources

Nature (AAH, RSA, salaire...)	Montant
Total	

Charges et dettes

Nature	Montant
Total	
Dettes éventuelles	
Remarque :	

Autre(s) intervenant(s) : Fonctions et Coordonnées

Document impératif à joindre nécessaire à l'instruction de la demande :

- Lettre de motivation du demandeur

Document(s) à joindre au dossier d'admission:

- Note sociale rédigé par le travailleur social qui suit le demandeur
- Rapport médical du médecin référent joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure. (Dr VILLEGER Pierre)
- Demande d'admission en ACT signée par le demandeur.

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

Dossier à transmettre

CH Esquirol
A l'attention de Mme FERNANDEZ Cindy
Assistante sociale - PC 10
15 rue du Docteur MARcland
87025 Limoges Cedex

Contacts

C.FERNANDEZ, Assistante sociale :	Tél. 05.55.43.13.90 cindy.fernandez@ch-esquirol-limoges.fr
Equipe ACT : Infirmier(es) et monitrice-éducatrice	Tél. 05.55.43.12.08 / 06.82.98.84.78
Dr VILLEGER Pierre, Praticien Hospitalier Référent :	Tél. 05.55.43.12.43

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)

ACT³ suivante(s) :

- Pôle d'Addictologie en Limousin – Centre Hospitalier Esquirol

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

Fait à _____

Le _____

Signature

¹ Demande d'admission signé par le demandeur

² Nom du demandeur

³ Nom de la (des) structure(s)