



Aide aux Détenus Nécessitant des Soins
Médico-Psychologiques

APPARTE Appartements de coordination thérapeutique

48 Rue du Prieuré – 59800 Lille

Tel : 03.59.09.51.31 - Fax : 03.20.19.98.13

Internet : www.apparté.fr - Mail : secretariat.apparte@adnsmp.fr

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T) « hébergement 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).

Etablissement instruisant la demande :	
Nom et qualité du travailleur social :	
Coordonnées :	

Nombre de personnes nécessitant un hébergement en A.C.T

Nombre de malades(s) :	Nombre d'accompagnants(s)* :
------------------------	------------------------------

Etat civil du (des) demandeur(s)

	Mr ou Mme ou Melle	Mr ou Mme ou Melle
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe		
Situation familiale		
Nationalité		
Pièce d'identité (CN, titre de séjour, APS)		
Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tutelle / curatelle		

Etat civil du (des) enfant(s)

Nom - Prénom	Sexe	Date de naissance	A charge en France		Si mesure de protection et/ou suivi(s) extérieur(s), précisez
			Oui	Nom	

* Accompagnants : toute personne non-malades (enfant(s), conjoint, compagnon, ...) vivant avec le demandeur.

Logement / Hébergement actuel

	Mr ou Mme ou Melle	Mr ou Mme ou Melle
Type de logement / hébergement		
Facultatif : coordonnées		

Ressources

Nature (AAH, RSA, salaire, ...)	Mr ou Mme ou Melle Montant	Mr ou Mme ou Melle Montant
Total		

Charges et dettes

Nature	Mr ou Mme ou Melle Montant	Mr ou Mme ou Melle Montant
Total		
Dettes éventuelles		

Couverture sociale

	Mr ou Mme ou Melle	Mr ou Mme ou Melle
Base (régime général, CMU)		
CMU complémentaire / mutuelle		
100% A.L.D Pour quelle pathologie		
AME		

Autre(s) intervenant(s)

Evaluation sociale à joindre

Précisez tous les éléments à la demande d'admission tels que la capacité à vivre seul et les éventuels projets à court et/ou moyen terme.

Document(s) impératif(s) en complément du dossier social :

- Rapport médical joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure.
- Demande d'admission en A.C.T signée par le demandeur.

**Signature du professionnel
instruisant la demande**

Demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (A.C.T)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) A.C.T³ suivante(s) :

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Je suis informée(e) et accepte que des données personnelles soient recueillies et transmises dans un dossier social et un dossier médical adressés à cette (ces) structure(s).

Fait à _____

Le _____

Signature

¹ Signer une demande d'admission par demandeur.

² Nom du demandeur.

³ Nom de la (des) structures(s).