

INFORMATIONS RELATIVES AUX ACT VAUCLUSE :

A transmettre à la personne concernée par la demande d'admission en ACT

20, Impasse Laure de Noves - 84000 - AVIGNON

Tél : 04 32 76 75 25 / Fax : 04 90 82 52 90

Informations générales

Vous souhaitez être accueilli dans un Appartements de Coordination Thérapeutique. Avant de remplir ce dossier d'admission, il nous semble important de vous informer des règles générales de notre structure et de son fonctionnement.

Cela vous permettra dans un premier temps, de vous informer et de répondre à quelques unes des questions que vous vous posez, et dans un second temps d'évaluer si le mode de fonctionnement de notre structure correspond à vos attentes.

1) L'accueil et l'hébergement

Le service des ACT Vaucluse propose des hébergements individuels et semi-collectifs. Les personnes accueillies bénéficient d'un accompagnement médico-social. L'hébergement ne peut être l'équivalent à un hébergement dans un centre de soins.

Dans l'appartement semi-collectif, les personnes accueillies disposent :

- d'une chambre individuelle fermant à clé,
- de pièces collectives (cuisine, salon, salle de bain, WC)

Les appartements semi-collectifs et les logements individuels sont tous équipés d'une cuisinière, d'un réfrigérateur, d'un lave-linge.

2) La participation financière

La participation financière est fixée à 10% du forfait journalier hospitalier (18€) conformément au décret 2002-1227 du 30 octobre 2002 relatif aux ACT, soit 1,80€ par jour (redevance mensuelle de base).

Une caution de 80€ est demandée à l'entrée dans les lieux.

Une participation progressive (de 3 à 7% de vos revenus) peut se rajouter à la redevance mensuelle de base en fonction du montant de vos ressources. Les frais de nourriture sont à la charge des personnes y compris l'achat de produits d'hygiène personnelle et d'entretien du logement.

3) Le règlement de fonctionnement

Lorsque la personne est admise, elle s'engage à signer et à respecter le règlement de fonctionnement des Appartements de Coordination Thérapeutique. Ce règlement est remis à la personne lors de son admission, annexé au livret d'accueil. Il permet de garantir aux personnes accueillies le respect des règles indispensables au bon fonctionnement de la vie en collectivité.

Liste des pièces administratives à fournir

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

- photocopie de la carte d'identité ou carte de séjour ;
- photocopie de l'attestation d'assuré social ;
- photocopie de votre carte de mutuelle ;
- attestation CAF de vos prestations (RMI, AAH...) ;
- notification MDPH (AAH, reconnaissance travailleur handicapé) ;
- pour les personnes sous tutelle, nom du tuteur et de l'organisme ;
- lettre de motivation et projet de la personne ;
- rapport social détaillé ;
- Dossier médical dûment complété.

Le certificat médical décrivant la ou les pathologies devra être adressé de manière confidentielle au Dr Dominique LARDILLIER, médecin coordinateur de l'établissement.

Dossier social type Demande d'admission aux ACT 84

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).

Établissement
instruisant la demande :

Nom et qualité
Du travailleur social :

Coordonnées :

(Ne pas remplir)

Réservé au service ACT	N°
Date réception	Date réponse
Compte-rendu médical	
	oui/non
Avis de l'équipe	

Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT :

Nombre de malades :

Nombre d'accompagnants¹ :

État civil du (des) demandeur(s) :

	Mr / Mme / Melle	Mr / Mme / Melle
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe		
Situation familiale		
Nationalité		
Pièce d'identité Validité et nature (CNI, Titre de séjour, APS, ...)		
N° Téléphone		
Domiciliation administrative		
Si titre de séjour, précisez si autorisation de travailler	Oui Non	Oui Non
Tutelle / curatelle		

¹ Accompagnants : toutes personnes non-malades (enfants, conjoint, compagnon, ...) vivant avec le demandeur.

État 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	non	

Logement / Hébergement actuel :

	Mme / Melle / Mr	Mme / Melle / Mr
Type de logement/hébergement (autonome, associatif, c/o entourage,...)		
Adresse, localité		

Ressources :

Nature (AAH, RMI, salaire ...)	Mme / Melle / Mr	Mme / Melle / Mr
	Montant	Montant
Organisme d'affiliation (CAF, CPAM, MSA,...)		
Total		

Charges :

Nature (loyers, factures, dossier de surendettement,...)	Mme / Melle / Mr	Mme / Melle / Mr
	Montant	Montant
Total		
Dettes éventuelles		

Couverture sociale :

	Mme / Melle / Mr	Mme / Melle / Mr
Base (régime général, CMU)		
CMU complémentaire, Mutuelle		
100 % A.L.D.		
AME		

Autre(s) intervenant(s) éventuels :

M.

M.

M.

➤ **Merci de joindre un rapport social**

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

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

- **Rapport médical détaillé**, joint sous pli confidentiel, à l'attention du médecin de la structure : Dr Dominique LARDILLIER
- Demande d'admission en ACT signée par le demandeur
- Lettre de motivation du demandeur

Signature du professionnel instruisant la demande :

Autres commentaires : Merci de nous exposer la situation de la personne au plus près de ses besoins en termes

d'accompagnement pluridisciplinaire (besoins en termes de coordination médicale, logement PMR, passages infirmiers, piluliers, prise de repas, gestion du budget, addictions, entourage...)

Santé

Quotidien / Autonomie

Autres précisions :

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

Je soussigné(e)¹

Né(e) le à

Demande l'examen de mon dossier de demande d'admission en vue d'un éventuel
accueil au sein de la (des) structure(s) ACT ² suivante(s) :

-
-

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

Fait à Le

Signature du demandeur :

¹ Nom du demandeur

² Nom de la structure contactée