



**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION**  
**Appartements de Coordination Thérapeutique**  
**(A.C.T.)**

**Dossier à compléter et à envoyer au :**

Appartements de Coordination Thérapeutique  
ANEF Cantal

91, avenue de la République

15000 AURILLAC

☎ Arrondissement Aurillac : 06.07.34.71.69

☎ Arrondissement Saint-Flour : 04.71.60.39.18

✉ Email : [lhss@anef15.fr](mailto:lhss@anef15.fr)

Cadre réservé au service :

Date de réception :

**A.C.T. Hébergement**

**A.C.T. HORS LES MURS**

Arrondissement Aurillac

Arrondissement Saint-Flour

**VOLET SOCIAL**

**Coordonnées du service prescripteur de la demande**

Adresse :

☎ Téléphone :

✉ Email :

Nom et fonction du prescripteur :

Date de début du suivi du demandeur :

**Etat civil**

Nom, prénom :

Adresse :

☎ Téléphone :

✉ Email :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

Dont, à charge : - -

- -

Situation sur le territoire : .....

**CNI** :  Oui  Non

**Titre de séjour** :  Oui  Non

Autre : précisez.....

**Avis d'imposition**  N-1

N-2

### Situation sociale de la personne

Numéro de sécurité sociale :

n° clé :

Régime :

Sécurité sociale de base

Sécurité sociale + mutuelle

CSS

PUMA

A.C.S.

A.M.E

En cours

Aucun

Autre.....

Ouverture de droit :

Date de début : .....

Date de fin : .....

Adresse CPAM : .....

### Type d'hébergement et de logement de la personne

Amical

Familial

Institutionnel/associatif

S.D.F.

Habitat précaire

Bailleur privé

Bailleur public

Autres : .....

Dernière adresse : .....

### Parcours de vie en logement et/ou hébergement

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

## RESSOURCES MENSUELLES

NATURE DES RESSOURCES	DEMANDEUR	CO-DEMANDEUR ou CONJOINT ou COLOCATAIRE	AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER
Ressources d'activité (net imposable) / apprentissage			
Contrat d'engagement jeune (CEJ)			
Allocation Temporaire d'Attente (ATA)			
Allocation de Solidarité Spécifique (ASS)			
Allocation chômage			
Allocation Adulte Handicapé (AAH)			
MVA (Majoration pour Vie Autonome)			
RSA			
Retraite			
Prime d'activité (PPA)			
Prestations familiales	-Allocations Familiales		
	-Complément Familial		
	-Allocation Jeune Enfant (PAJE)		
	-Allocation Soutien Familial		
	-Allocation Parentale d'Education		
	-Allocation Education Enfant Handicapé		
	-Allocation Logement (ALS / ALF)		
	-Allocation Personnalisée au Logement (APL)		
Formation			
Indemnités journalières (maladie, accident du travail)			
Pension d'invalidité			
Rente accident du travail			
Pension alimentaire			
Divers			
<b>TOTAL DES RESSOURCES</b>			

## CHARGES ET DETTES

CHARGES		DETTES	
NATURE	Montant mensuel (charges annuelles rapportées au mois)	Montant total	Modalités de règlement
<b>Charges liées au logement</b>	- Loyer		
	- Charges locatives		
	- Accession à la propriété		
	- Énergie		
	- Eau		
	- Chauffage		
	- Ordures ménagères		
	- Assurance habitation		
- Taxe foncière			
<b>Charges liées aux enfants</b>	- Frais de scolarité		
	- Frais de garde		
	- Pension alimentaire		
<b>Autres charges</b>	- Mutuelle complémentaire		
	- Assurance voiture		
	- Autres assurances		
	- Impôt sur le revenu		
	- Téléphone / Internet		
- Divers (saisie, arrêt...)			
<b>Autres</b>	- Amendes		
	- Crédits à la consommation		
	- Découverts bancaires		
	- Surendettement		
	- Prêts sociaux		
- Autres dettes			
<b>TOTAL CHARGES ET DETTES</b>			
<b>DOSSIER DE SURENDETTEMENT</b>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

## Suivi social extérieur

Noms des travailleurs sociaux :

Adresses / numéros de téléphone / organismes :

Mesures de protection en cours ou effectives :

- Aucune       Sauvegarde de justice       Curatelle :  simple       renforcée  
 Tutelle       MASP       Autre : .....

## Besoin en accompagnement

- Accès / coordination des soins       Compréhension de la maladie/du traitement  
 Équilibre alimentaire       Coordination des soins  
 Analphabétisme       Allophone  
 Démarches administratives       Autre(s) : .....

Démarches en cours :

.....

## Divers

Animaux de compagnie :  Oui       Non      Race : .....

Vaccins obligatoires à jour :  Oui       Non

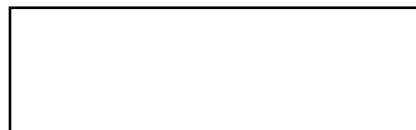
Observations :

.....

## Pièces à fournir

Documents pouvant-être demandés lors de l'entretien d'admission :

- ✓ Pièce d'identité,
- ✓ Photocopie de l'attestation CPAM et/ou carte vitale,
- ✓ Photocopie de la carte de mutuelle,
- ✓ Avis d'imposition,
- ✓ Attestation CAF (n° allocataire, RSA...),
- ✓ Attestation ressources (bulletins de paie, AAH, RSA,..).



**Visa du travailleur social**

## VOLET MÉDICAL

Le dossier médical est à envoyer au médecin par courrier **sous pli confidentiel** :

ANEF Cantal  
LHSS / ACT  
À l'attention du médecin  
91 avenue de la République  
15000 AURILLAC

Sans certificat médical, les demandes d'admission ne seront pas traitées.

### Coordonnées du demandeur

Nom, prénom :

Date de naissance :

Poids :

Taille :

### Entrée

À la demande	Coordonnées
<input type="checkbox"/> De l'intéressé	
<input type="checkbox"/> Du médecin traitant	
<input type="checkbox"/> De la famille	
<input type="checkbox"/> Du délégué mandataire	
<input type="checkbox"/> D'un établissement	
<input type="checkbox"/> Autre	

### Pathologie(s) motivant la demande

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Situation de soins

### Antécédents :

Médicaux	
Chirurgicaux	
Psychiatriques	
Vaccins	
Conduites addictives	
Allergies	

**Traitements en cours : Joindre obligatoirement les prescriptions en cours / ou de sortie**

Observance des traitements :  Oui       Aide à la prise du traitement       Non

ALD :  Oui : préciser : .....       Non

Médecin traitant : .....

**Suivi médical / Paramédical :**

Psychologique : .....

Gynécologique : .....

Dentaire : .....

Ophtalmologique : .....

Kinésithérapie : .....

Addictologie : .....

Autre : .....

**Bilan d'autonomie**

<b>COMMENTAIRES :</b>		
<b>État cognitif</b>	<input type="checkbox"/> Aucun trouble cognitif <input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire <input type="checkbox"/> Troubles de la compréhension <input type="checkbox"/> Analphabétisme <input type="checkbox"/> Troubles de l'élocution <input type="checkbox"/> Désorientation spatio-temporelle <input type="checkbox"/> Autre : .....	
<b>Moteur</b>	<input type="checkbox"/> Se déplace sans aide <input type="checkbox"/> Marche avec canne <input type="checkbox"/> Se déplace avec fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Hémiplégie/hémi-parésie <input type="checkbox"/> Autre : .....	
<b>Sensoriel</b>	<input type="checkbox"/> Déficit visuel <input type="checkbox"/> Déficit auditif <input type="checkbox"/> Autre : .....	
<b>Hygiène (cochez si autonome)</b>	<input type="checkbox"/> Hygiène corporelle <input type="checkbox"/> Habillage	

<b>Vie quotidienne (cochez si autonome)</b>	<input type="checkbox"/> Courses <input type="checkbox"/> Préparation des repas <input type="checkbox"/> Prise des repas <input type="checkbox"/> Ménage/lessive <input type="checkbox"/> Déplacement en transport en commun	Régime alimentaire particulier :
---	--	----------------------------------

**Soins et surveillance IDE en cours :**

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

**Nécessité de prise en charge spécifique**

- Soins à domicile :  IDEL       HAD  
 Portage de repas  
 Kinésithérapie  
 Orthophonie  
 Lit ou matériel médicalisé : .....  
 Autre : .....

Commentaires : .....  
 .....  
 .....

**Visa du professionnel de santé**



## ACCORD DU PATIENT

Je soussigné(e) : .....

Né(e) le : ..... à .....

Demande l'examen de ma candidature en vue de mon accueil en ACT

*PARTIE FACULTATIVE*

Motif(s) de ma demande :

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

### **DISPOSITIONS RELATIVES À LA PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES :**

Les règles concernant vos données personnelles sont définies par le Règlement Général de la Protection des données (RGPD) du 27 avril 2016. Conformément à ce règlement, les informations nominatives strictement nécessaires ne sont transmises qu'aux administrations et organismes habilités à connaître lesdites informations. Si vous souhaitez obtenir des informations concernant vos données personnelles, les consulter, les rectifier, veuillez adresser une demande ainsi qu'une copie de votre pièce d'identité à la Déléguée à la Protection des Données, Mme FORCE, à l'adresse mail suivante : [protection.informations.personnelles@anef15.fr](mailto:protection.informations.personnelles@anef15.fr)

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

**Signature du patient**