



Accompagnement et Dispositifs Novateurs
Sociaux, Médicaux et de Prévention

APPARTE Appartements de coordination thérapeutique

7 rue de Colmar – 59000 Lille

Tel : 03.59.09.51.31

Mail : secretariat.apparte@adnsmp.fr

Site : www.adnsmp.fr

La demande concerne :

ACT hébergement (accompagnement dans un appartement proposé par l'Apparté)

ACT Hors les murs (accompagnement sur le lieu de vie de la personne)

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

Composition familiale

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

Etat civil du (des) demandeur(s)

	Mr ou Mme	Mr ou Mme
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.

Lieu de vie actuel

	Mr ou Mme	Mr ou Mme
Type de logement / hébergement		
Coordonnées		

Ressources

Nature (AAH, RSA, salaire, ...)	Mr ou Mme Montant	Mr ou Mme 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, PUMA, ...)		
CSS 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.
- 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).