

DOSSIER SOCIAL DE DEMANDE D'ADMISSION

**À adresser par voie postale à Association Le Mail – ACT- 31 rue Albéric de Calonne 80000 AMIENS
ou par messagerie sécurisée à act31@assoc-lemail.net**

☐ Appartement de coordination thérapeutique (ACT) avec hébergement ☐ Individuel ☐ Semi collectif ☐ Collectif
☐ Lit Halte Soins Santé (LHSS) avec hébergement
☐ Lit d'Accueil Médicalisé (LAM)
☐ ACT Hors les murs avec différents modes d'interventions possibles : • Un accompagnement « ACT Dom » ou « ACT à domicile » dans le logement d'une personne, comme par exemple dans le cadre de suivi d'une personne sortante d'un ACT avec hébergement ; • Un accompagnement d'une personne hébergée dans un établissement d'hébergement social (n'ayant pas d'équipes spécialisée pour un accompagnement médical) ou dédié aux demandeurs d'asile ; • Un accompagnement auprès d'une personne ayant un lieu non prévu pour l'habitation (rue, véhicule, hall d'immeuble, abri de fortune, ...) ou un hébergement précaire (chez des proches ou une chambre d'hôtel payée par une association ou un autre organisme d'aide, ...)
☐ LHSS mobile / EMSP (Equipe Mobile Santé Précarité)

Structure ou personne à l'initiative de la demande (Raison sociale et adresse) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom et qualité du professionnel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Cadre réservé aux ACT, LAM, LHSS

Date réception dossier complet :

...../...../.....

Date de commission d'admission :

...../...../.....

Décision : ADMISSION ☐ REFUS ☐

Motif :

AJOURNEMENT ☐

Demande info complémentaires :

.....
.....

Réponse avec avis motivé transmise à :

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

Le :/...../.....



DOSSIER UNIQUE ACT, LHSS, LAM et dispositifs hors les murs

Merci de renseigner tous les items contenus dans le dossier.
Tout dossier incomplet ne pourra être traité et sera renvoyé à l'expéditeur.

IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE

NOM - Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Transgenre ☐ Intersexe

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse actuelle et/ou organisme de domiciliation :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lieu de vie actuel : ☐ Rue ☐ Squat ☐ Hébergé(e) chez un tiers ☐ Hospitalisé(e) ☐ Autre (préciser) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si logement autonome, préciser statut : ☐ Locataire ☐ Propriétaire ☐ Autre (préciser) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Carte vitale : ☐ Oui ☐ Perdue/à refaire ☐ En cours de fabrication

Document d'identité : ☐ CNI ☐ Passeport

Nationalité : ☐ Française ☐ CCE ☐ Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date d'entrée en France : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Francophone : ☐ Oui

☐ Non francophone, langue utilisée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. : ☐ Lu, ☐ Écrit

Nature du titre de séjour : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Validité du titre de séjour jusqu'à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié/e ☐ Divorcé/e ☐ Séparé/e ☐ Veuf/ve ☐ Pacsé/e

IDENTITÉ DES ACCOMPAGNANTS

Enfant(s) et/ou accompagnant(s) : *toute personne non malade (conjoint, enfant, proche, ...) et donc non pris en charge mais vivant avec le demandeur, dans le même logement, lieu de vie au jour de la demande*

Nombre de personne(s) accompagnante(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nombre de malades : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



DOSSIER UNIQUE ACT, LHSS, LAM et dispositifs hors les murs

A compléter pour chaque accompagnant

NOM - Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lien avec le demandeur : ☐ Enfant ☐ Conjoint ☐ Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

A charge du demandeur : ☐ Oui ☐ Non

Mesure de protection ou suivi extérieur : ☐ Oui (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Document d'identité : ☐ CNI ☐ Passeport

Nationalité : ☐ Française ☐ CCE ☐ Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date d'entrée en France : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Francophone : ☐ Oui

☐ Non francophone, langue utilisée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. : ☐ Lu, ☐ Écrit

Nature du titre de séjour : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Validité du titre de séjour jusqu'à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

A compléter pour chaque accompagnant

NOM - Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lien avec le demandeur : ☐ Enfant ☐ Conjoint ☐ Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

A charge du demandeur : ☐ Oui ☐ Non

Mesure de protection ou suivi extérieur : ☐ Oui (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Document d'identité : ☐ CNI ☐ Passeport

Nationalité : ☐ Française ☐ CCE ☐ Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date d'entrée en France : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Francophone : ☐ Oui

☐ Non francophone, langue utilisée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. : ☐ Lu, ☐ Écrit

Nature du titre de séjour : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Validité du titre de séjour jusqu'à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.



DOSSIER UNIQUE ACT, LHSS, LAM et dispositifs hors les murs

A compléter pour chaque accompagnant

NOM - Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lien avec le demandeur : ☐ Enfant ☐ Conjoint ☐ Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

A charge du demandeur : ☐ Oui ☐ Non

Mesure de protection ou suivi extérieur : ☐ Oui (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Document d'identité : ☐ CNI ☐ Passeport

Nationalité : ☐ Française ☐ CCE ☐ Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date d'entrée en France : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Francophone : ☐ Oui

☐ Non francophone, langue utilisée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. : ☐ Lu, ☐ Écrit

Nature du titre de séjour : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Validité du titre de séjour jusqu'à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

A compléter pour chaque accompagnant

NOM - Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lien avec le demandeur : ☐ Enfant ☐ Conjoint ☐ Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

A charge du demandeur : ☐ Oui ☐ Non

Mesure de protection ou suivi extérieur : ☐ Oui (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Document d'identité : ☐ CNI ☐ Passeport

Nationalité : ☐ Française ☐ CCE ☐ Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date d'entrée en France : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Francophone : ☐ Oui

☐ Non francophone, langue utilisée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. : ☐ Lu, ☐ Écrit

Nature du titre de séjour : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Validité du titre de séjour jusqu'à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.



DOSSIER UNIQUE ACT, LHSS, LAM et dispositifs hors les murs

Présence d'un animal ? ☐ Non ☐ Oui

☐ Chien ☐ Chat ☐ Autre (précisez) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L'animal est-il vacciné ? ☐ Non ☐ Oui (joindre attestation de vaccination)

DÉMARCHES EN COURS : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

DÉMARCHES NON ABOUTIES : ☐ Non ☐ Oui, précisez :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PRÉCONISATION SIAO ? ☐ Non ☐ Oui, précisez la date et les coordonnées du référent SIAO (tél, mail) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

AUTRE(S) INTERVENANT(S) PROFESSIONNEL(S) CONNU(S)? ☐ Non

☐ Oui, précisez Nom-Prénom, Profession, Organisme, coordonnées (tél, mail) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

COUVERTURE SANTÉ : ☐ Sans

N° Sécurité Sociale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Organisme de rattachement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

☐ Droits de base ☐ PUMA ☐ CMU ☐ ALD

☐ Mutuelle valable du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

☐ CSS valable du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

☐ AME valable du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

☐ Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

MDPH : ☐ Non

☐ Oui, N° de dossier ou coordonnées du référent (nom, mail, tél)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PCH : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

AEEH : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

☐ Demande en cours (envoyée le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.)

☐ Refus, indiquer département, date et motif : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

APA: ☐ Non

☐ Oui, N° de dossier ou coordonnées du référent (nom, mail, tél)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

☐ Demande en cours (envoyée le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.)

☐ Refus, indiquer département, date et motif : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



DOSSIER UNIQUE ACT, LHSS, LAM et dispositifs hors les murs

RESSOURCES : ☐ Sans

☐ Salaire ☐ RSA ☐ Retraite ☐ Pensions ☐ AAH ☐ AEEH ☐ ATA ☐ Autres

Montant mensuel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° Allocataire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Dossier de surendettement : ☐ Non ☐ Oui ☐ En cours

Numéro de dossier : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Décision : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Dettes, prêts, crédits : ☐ Non ☐ Oui, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

SUIVI JUDICIAIRE : ☐ Non

☐ Oui, depuis le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Type de mesure : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordonnées du référent :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

AUTRE(S) DEMANDE(S) d'établissements d'accueil sollicité(s) : ☐ Non

☐ Oui, précisez le nom de l'établissement(s) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Précisez si démarche inaboutie et motif de refus :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



RAPPORT SOCIAL ET PROJET A LONG TERME PRÉCONISÉ

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date et identité du professionnel instruisant la demande :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



PARTIE RÉSERVÉE AU DEMANDEUR (la personne sollicitant son admission)

Je soussigné(e) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Demande l'examen de ce dossier d'admission pour intégrer le dispositif :

☐ ACT ☐ LAM ☐ LHSS ☐ ACT Hors les murs ☐ LHSS mobile/EMSP ☐ LHSS de jour

Date :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lettre de motivation (à titre d'exemple) :

Ma situation actuelle

Ce dont j'ai besoin

Ce dont j'ai envie

Ce que je souhaite au terme de la prise en charge

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Personne à prévenir (identité et coordonnée) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Personne de confiance (identité et coordonnée) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

En application du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Libertés, nous vous informons que nous collectons et traitons des données à caractère personnel vous concernant.

Ces données seront conservées à des fins statistiques pendant 2 ans et seront ensuite détruites.

