



# Dossier Unique d'admission

**ACT** – Appartement de  
Coordination Thérapeutique

**ACT Hors les murs**

**LAM** – Lit d'Accueil Médicalisé

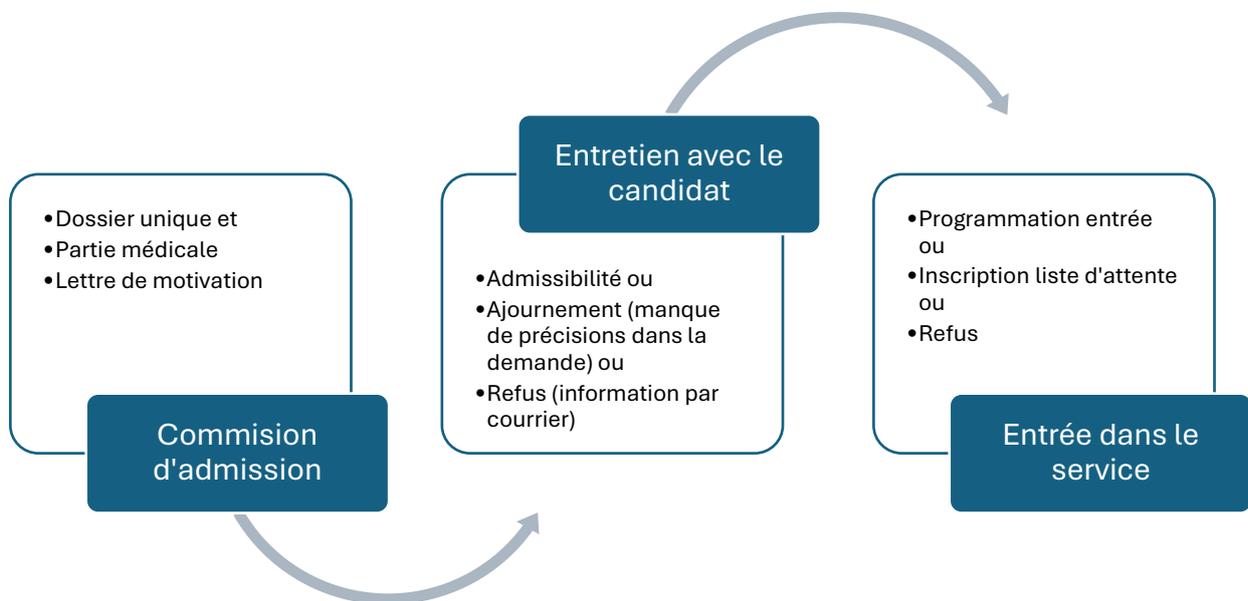
Chers partenaires,

Vous êtes sur le point de nous faire parvenir un dossier de demande d'admission en :

- Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) avec hébergement
- ACT Hors les Murs
- Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)

Ce dossier doit être dûment renseigné tant dans la **partie sociale** que **médicale** et complété par tous les documents sociaux et médicaux, **de moins de six mois**, à votre disposition. Les ordonnances en cours, les bilans et examens, les comptes rendus d'hospitalisation et de consultation sont indispensables. Sans ces pièces complémentaires fournies en même temps que la demande d'admission, le dossier ne pourra pas être étudié en commission d'admission.

Voici le parcours de la demande après sa réception :



Ce dossier unique de demande d'admission vise à simplifier le processus d'admission. Ainsi, il vous est demandé une information unique quelque soit le service demandé.

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier **complet** de demande d'admission ne vaut pas admission. Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez contacter les services concernés par la demande.

Le dossier de demande d'admission comporte :

- Un volet social
- Une partie médicale
- Une demande de la personne elle-même (lettre de motivation)



## Présentation des services

Les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) avec hébergement, sont destinés à des personnes (adultes et enfants) de moins de 60 ans **atteintes de maladies chroniques lourdes et invalidantes**.

Les ACT « prévus au 9° du I de l'article L. 312-1 prennent en charge, quelle que soit leur situation administrative, 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, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

Les établissements qui assurent la gestion des appartements de coordination thérapeutique assurent des missions **d'hébergement à titre temporaire** des personnes mentionnées au premier alinéa, ainsi que des missions d'accompagnement médico-social. Ils fonctionnent sans interruption. »

*Selon les ressources, une participation financière correspondant à 10% du forfait journalier sera demandée.*

Les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) Hors les Murs, sont une modalité d'accompagnement qui s'inscrit dans une approche « **d'aller-vers** ». Ils répondent au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de toute forme d'habitat et visent à répondre de manière mieux adaptée aux besoins des usagers les plus éloignés de l'offre de soins et des dispositifs de prévention.

L'accompagnement temporaire est assuré **sur le lieu de vie des personnes**, que celui-ci soit **un logement, un hébergement chez des tiers, un hébergement en structure sociale (CHRS, CHU, CADA...) ou à l'hôtel, une habitation précaire ou de fortune** (caravane, mobile home, voire campement).

Ces personnes ne nécessitent pas une hospitalisation. Elles souffrent toutefois de **maladies chroniques**, présentent des vulnérabilités et/ou une dépendance dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne qui affectent la bonne adhésion à leur parcours de soins ainsi que le suivi et la qualité de leurs démarches administratives et sociales.

Les lits d'Accueil Médicalisés (LAM), accueillent « des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de **pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre**, ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais étant incompatibles avec la vie à la rue, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures ». (article D312-176-3 du CASF).

*En fonction des ressources, une participation financière pouvant aller jusqu' à 25% des ressources sera demandée.*



Principaux Critères de **non éligibilité** ACT, ACT Hors les Murs et LAM (liste non exhaustive)

ACT – ACT HLM	LAM
Absence de maladie chronique Pathologie stabilisée Addictions isolées Pathologies psychiatriques non stabilisées Plus de 60 ans pour les ACT Demande non portée par la personne	Absence de maladie chronique Pathologie stabilisée Pathologie ne nécessitant pas de soins paramédicaux Prise en charge médicale trop lourde Mineur Accompagnant (s) Demande non portée par la personne Addiction isolée Pathologie psychiatrique non suivie et non stabilisée Troubles cognitifs avec MMS altéré (locaux non adaptés)

**La décision d'admission est prononcée par le Directeur de l'association.**



## Dossier social de demande d'admission

*En application du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Libertés, nous vous informons que les données à caractère personnel collectées seront traitées en commission d'admission. Ces données seront conservées à des fins statistiques pendant 2 ans puis seront détruites.*

A transmettre par voie postale sous pli confidentiel à : Association ACARS – Commission d'Admission 150 rue Antoine Durafour 42100 St-Etienne

Ou par messagerie à :

- Demande d'Appartements de Coordination Thérapeutique avec hébergement**  
[act@association-acars.fr](mailto:act@association-acars.fr)
- Demande d'Appartements de Coordination Thérapeutique Hors les murs**  
[act@association-acars.fr](mailto:act@association-acars.fr)
- Demande de Lits d'Accueil Médicalisés**  
[lam@association-acars.fr](mailto:lam@association-acars.fr)

Structure ou personne à l'origine de la demande (raison sociale et adresse) :

Nom et qualité du professionnel :

Tél :

Mail :

Identité de la personne concernée par la demande :

Nom – Prénoms :

Date de naissance :

- Féminin     Masculin     Transgenre     Intersexe

Tél :

Mail :

Adresse actuelle et/ou organisme de domiciliation :



Lieu de vie actuel :  Rue     Squat     Hébergé-e chez un tiers     Hébergement  
 Logement     Autre (préciser) :

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

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

Document d'identité :  CNI     Passeport

Nationalité :  Française     CCE     Autre (préciser) :

Date d'entrée en France :

Francophone :  Oui     Non, langue utilisée :

Nature du titre de séjour :

Validité du titre de séjour, jusqu'à :

Demandeur d'asile :  Non     oui, joindre l'attestation

**Identité des accompagnants (uniquement pour les ACT) :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lien avec le demandeur :  Enfant     Conjoint-e     Autre, préciser :

**Identité des accompagnants (uniquement pour les ACT) :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lien avec le demandeur :  Enfant     Conjoint-e     Autre, préciser :

**Identité des accompagnants (uniquement pour les ACT) :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :



Lien avec le demandeur : Enfant Conjoint-e Autre, préciser :

Couverture Santé :

Numéro de Sécurité Sociale :

Organisme de rattachement :

PUMA AME Sans ALD valable du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Mutuelle valable du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

CSS valable du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

AME valable du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Autre :

MDPH :

Non

Oui, n° de dossier ou coordonnées du référent :

PCH : Oui Non En cours AEEH : Oui Non En cours

Demande en cours (envoyée le \_\_\_\_\_ )

Refus, indiquer le motif, date et département :

APA :

Non

Oui, n° de dossier ou coordonnées du référent :

Demande en cours (envoyée le \_\_\_\_\_ )

Refus, indiquer le motif, date et département :



Ressources :

Sans

salaire  RSA  Retraite  Pensions  AAH  ADA  Autre

Montant mensuel :

N° allocataire :

Dossier de surendettement :  Non  Oui  En cours

Mesure judiciaire :

Non

Oui, depuis le

Type de mesure :

Coordonnées du référent :

Autre suivi judiciaire :

Préciser,



Association **C**ommunautaire d'**A**ction et de **R**echerches **S**ociales

## Evaluation sociale et projet envisagé

Très important ! l'évaluation sociale est obligatoire

Le :

Nom et signature :



Partie réservée au demandeur (personne sollicitant son admission)

Je soussigné(e)

Né(e) le

demande l'examen de ma candidature en vue d'une éventuelle admission eu sein du service

ACT avec hébergement

ACT Hors les Murs

Lits d'Accueil Médicalisés

**Mes motivations :**

Je suis informé-e qu'un dossier social et un dossier médical sont adressés au service. Aussi, j'ai connaissance et je donne mon accord pour qu'un partage d'informations concernant mon état de santé et ma situation sociale soit réalisé au sein de la commission d'admission.

Fait à ,

le

**Signature :**