



Pôle Santé Solidarité de l'AERS

Dossier d'admission ACT EMCT LAM

A.E.R.S

Association d'Entraide
et de Reclassement Social

A envoyer par mail à l'adresse : admission.social@aers-asso.fr

VOLET SOCIAL

Etablissement instruisant la demande : Adresse : Nom et qualité du travailleur social : Tel/fax/mail :	Cadre réservé à l'AERS N° dossier : Reçu le : ... / ... / ... Volet médical reçu le : ... / ... / ...
	Avis motivé : Rendu le : ... / ... / ... Adressé à :

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom – Prénom :	
Date de naissance : .../.../...	Numéro de téléphone..... Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Adresse mail :	
Situation familiale :	
Adresse actuelle / Organisme de domiciliation :	
.....	
Conditions d'hébergement actuelles :	
.....	
Si logement autonome (pour toute demande EMCT) :	
Statut du demandeur dans le logement :	<input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> autre, préciser :
Type de logement :	
Description sommaire :	



Pôle Santé Solidarité de l'AERS

Dossier d'admission ACT EMCT LAM

A.E.R.S

IDENTITE DU DEMANDEUR (suite)

Association d'Entraide et de Reclassement Social

Nationalité : Française CEE Autres, préciser :

Date d'entrée en France : ... / ... / ... Langue parlée :
Préciser lu / écrit / parlé

Nature du titre de séjour et durée de validité :

Nature et dates des démarches en cours :

ENFANT(S) ET/OU ACCOMPAGNANT(S)* :

Nom / Prénom	Date de naissance	Lien avec le demandeur	A charge du demandeur	Mesure de protection ou suivi extérieur
			Oui / Non	
			Oui / Non	
			Oui / Non	
			Oui / Non	
			Oui / Non	

AUTRES INTERVENANTS PROFESSIONNELS CONNUS :

Nom / Prénom	Profession	Organisme	Coordonnées

Autres établissements d'accueil sollicités ? Démarches inabouties / motifs de refus ?

.....

.....

.....

.....

Présence d'un animal ? Si oui, lequel ? *Joindre copie des vaccinations – sauf demande ACT*

.....

.....

* Accompagnant : toute personne non-malade (conjoint, ami...) et donc non pris en charge par l'AERS mais **vivant avec le demandeur, dans le même logement, au jour de la demande.**



Pôle Santé Solidarité de l'AERS

Dossier d'admission ACT EMCT LAM

A.E.R.S.
Association d'Entraide
et de Reclassement Social

COUVERTURE SANTE DU DEMANDEUR

N° SECURITE SOCIALE :

.....

Organisme de rattachement :

.....

SS base ALD Mutuelle PUMA (CMU) CMU-Compl. AME Autres

RESSOURCES

REVENUS	Salaire	RSA	Retraite	Pensions	AAH	ATA	Autres
Par mois

Dossier de surendettement ? oui non

AUTRES

Si la personne bénéficie d'une mesure de protection, depuis le : ... / ... / ...

Tutelle Curatelle Autre mesure de protection :

Coordonnées et qualité du mandataire :

.....

.....

Dossier MDPH : Non En cours Oui n° dossier :

Merci de compléter si possible la demande d'un **rapport social, daté et signé, retraçant le parcours de vie de la personne, les démarches engagées avec elle, indiquant son adhésion à l'accompagnement envisagé et toutes précisions utiles.**

Date et signature du travailleur social :

Joindre tout élément utile pouvant compléter la demande (copies des pièces justificatives disponibles...)

Liste des pièces jointes, le cas échéant :

.....

.....

.....



Pôle Santé Solidarité de l'AERS
Dossier d'admission ACT EMCT LAM

A.E.R.S

Association d'Entraide
et de Reclassement Social

CADRE RESERVE A LA PERSONNE QUI DEMANDE SON ADMISSION

Je soussigné(e)

Demande l'examen de ma candidature en vue d'une admission :

- en Lits d'Accueil Médicalisés
- en Appartements de Coordination Thérapeutique
- par l'Equipe Mobile de Coordination Thérapeutique

Autres commentaires :

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

Date et signature de la personne :

En cas d'impossibilité pour la personne de signer son dossier d'admission, merci d'en préciser les motifs et l'information qui lui en a été faite :

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

Dans le cas d'une demande de prise en charge EMCT, date et signatures des accompagnants majeurs qui attestent avoir connaissance de la demande et accepter l'intervention de l'équipe à leur domicile, également lieu de vie du demandeur :