

Nombre de personnes nécessitant un hébergement en ACT

Nombre de malade(s) :		Nombre d'accompagnant(s) * ¹ :	
-----------------------	--	---	--

Etat civil du (des) demandeur (s)

	M./Mme	M./Mme
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Sexe		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> En concubinage Nombre d'enfants : _____ Dont à charge en France : _____ Age des enfants <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> En concubinage Nombre d'enfants : _____ Dont à charge en France : _____ Age des enfants <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nationalité		
Langue(s) parlée(s)		
Numéro de téléphone		
Pièce d'identité (CNI, passeport, acte de naissance, titre de séjour, ...) 🖱️ <i>joindre la copie</i>		

¹ *Accompagnants : toutes personnes non-malades (enfants, conjoint, compagnon...) vivant avec le demandeur.*

Etat civil du (des) accompagnant(s)

Nom –Prénom	Sexe	Date de naissance	Lien avec le demandeur	Pièce d'identité

Logement/hébergement actuel

	M. Mme. Melle	M. Mme. Melle
Type de logement/ hébergement		
Adresse actuelle (ou domiciliation postale)		

Ressources

Nature (AAH, RSA, salaire...)	M. Mme. Melle	M. Mme. Melle
	Montant	Montant
Total	0	

Demandes ou démarches en cours

Nature	M. Mme. Melle	M. Mme. Melle
	Montant	Montant
Demande IJ	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rendez-vous préfecture	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date rendez-vous :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date rendez-vous :
Dossier MDPH	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dossier de surendettement	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Couverture sociale

	M. Mme. Melle	M. Mme. Melle
Numéro de Sécurité Sociale		
CMU complémentaire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Mutuelle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
AME	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date fin de validité		
100% ALD	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Autre(s) intervenant(s) social (aux)

Date

Signature du professionnel
instruisant la demande