

ASSOCIATION CAST Pôle hébergement – DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION  
27 rue grandval 51100 REIMS

VOLET SOCIAL, **A remplir par vous-même ou une personne vous accompagnant dans vos démarches**

**Votre état civil et vos coordonnées**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ SEXE :  M  F

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_\_\_

**Le souhait de votre demande de prise en charge avec hébergement\***

Centre Thérapeutique Résidentiel

Appartement Thérapeutique

Appartement Thérapeutique Parental

**\*Vous devez impérativement joindre une lettre motivant votre demande d'admission à ce dossier**

**Quelle est votre situation**

Pièce d'identité :  oui  non Validité : \_\_\_\_\_

Couverture sociale :  oui  non Caisse : \_\_\_\_\_

Date de validité : \_\_\_\_\_

Complémentaire :  oui  non Gestionnaire : \_\_\_\_\_

Date de validité : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Avez-vous des ressources ?  oui  non, origine : \_\_\_\_\_

Etes-vous affilié à la CAF ou la MSA ?  oui  non

N° allocataire : \_\_\_\_\_ Caisse : \_\_\_\_\_

Un logement (le vôtre, tiers, hébergement...) est-il toujours à votre disposition ?  oui  non

Avez-vous des liens avec le territoire Marnais ?  oui  non, lesquels ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Liste des intervenants médico-sociaux ou structures qui vous accompagne**

Nom, qualité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom, qualité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom, qualité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

**Date et signature du demandeur**





Liste des pièces à joindre à votre demande si elles existent

- **Courrier motivant votre projet de prise en charge au CSAPA CAST avec hébergement**
- Pièce d'identité
- Attestation de droit à la sécurité sociale et copie de la carte vitale
- Attestation de complémentaire santé
- Justificatif des ressources
- Compte rendu de prise en charge
- Autres bilans sociaux
- **Copie de la dernière ordonnance (à joindre sous pli confidentiel avec le volet médical)**
- **Compte rendu d'hospitalisation (à joindre sous pli confidentiel avec le volet médical)**
- **Autres bilans médicaux (à joindre sous pli confidentiel avec le volet médical)**