

**A faire valider par le Parquet**

**INFORMATION PREOCCUPANTE**

**OU DEMANDE DE MISE SOUS PROTECTION**

**POUR UN MAJEUR VULNERABLE**

**Date :**

**Origine du signalement / de la demande :**

**OBJET DU RAPPORT :**

**□ Information préoccupante**

**□ Demande de mise sous protection**

**Degré d’urgence :**

**INSTITUTION A L’ORIGINE DU RAPPORT**

**Institution :**

**NOM Prénom du rédacteur :**

**Fonctions :**

**Adresse :**

***Coordonnées téléphonique / Mail :***

**ETAT CIVIL**

* **Le majeur ou les majeurs concernés :**

*Etat civil (joindre si possible copie document d’identité) et Situation matrimoniale*

- NOM, NOM de jeune fille, Prénom, Date de naissance, Lieu de naissance, Situation matrimoniale :

- NOM, NOM de jeune fille, Prénom, Date de naissance, Lieu de naissance, Situation matrimoniale :

* **Autres personnes vivant au foyer**

- NOM, NOM de jeune fille, Prénom, Date de naissance, Lieu de naissance, Situation matrimoniale, Lien avec le ou les majeurs concernés :

- NOM, NOM de jeune fille, Prénom, Date de naissance, Lieu de naissance, Situation matrimoniale, Lien avec le ou les majeurs concernés :

**☐ Non connu**

☐ **Personne contactée**

Si OUI : Peut- elle faire la demande de mesure de protection ?

* **Environnement familial :**

- NOM, NOM de jeune fille, Prénom, Date de naissance, Lieu de naissance, Situation matrimoniale, Lien avec le ou les majeurs concernés :

- NOM, NOM de jeune fille, Prénom, Date de naissance, Lieu de naissance, Situation matrimoniale, Lien avec le ou les majeurs concernés :

**☐ Non connu**

☐ **Personne contactée**

Si OUI : Peut- elle faire la demande de mesure de protection ?

* **Coordonnées téléphonique :**
* **Mail :**

☐ Non connu

* **Adresse** *la plus complète possible (si besoin futur passage médecin expert)*
* ***Situation liée au logement***

 Statut : ☐ Locataire ☐ Propriétaire ☐ Hébergé

 Etat du logement :

☐ Non connu

 Lieu de vie actuel (adresse) :

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

* **N° Sécurité Sociale :**

☐ Non connu

* **N° Allocataire CAF / MSA :**

☐ Non connu

**RENSEIGNEMENTS FINANCIERS**

**Compte bancaire :** ☐ OUI ☐ NON ☐ Non connu

Si OUI : NOM et adresse de l’organisme bancaire :

N° de compte :

* **Procuration :** ☐ OUI NOM, Adresse, Coordonnées

 ☐ NON

 ☐ Non connu

* **Notaire / Gestionnaire des biens :** NOM, Adresse, Coordonnées

☐ Non connu

**RENSEIGNEMENT MEDICAL :**

* **Médecin traitant** (coordonnées) :

Commentaires (par exemple mentionner s’il assure ou non un suivi régulier et/ou s’il n’a pas vu ce patient depuis longtemps) :

☐ Non connu

* **Autre médecin** (Coordonnées) :

Commentaires (par exemple mentionner s’il assure ou non de suivi régulier et/ou s’il n’a pas vu ce patient depuis longtemps) :

☐ Non connu

* **Personne de confiance :**

☐ OUI : Nom Prénom Coordonnées :

☐ NON

☐ Non connu

* **Professionnels en lien avec la ou les personnes concernées** (*Ex. infirmier libéral, autres paramédicaux, service d’aide à domicile, travailleur social, etc.*) : Coordonnées :

☐ Non connu

* **Information liée APA PCH – Plan d’aide en place :**
* **Certificat médical établi :** ☐ OUI ☐ NON

Si OUI (Joindre le certificat) : NOM et adresse du médecin :

Inscription sur la liste du Procureur : ☐ OUI ☐ NON

**RENSEIGNEMENTS BUDGETAIRES**

**Budget** (si connu) :

|  |  |
| --- | --- |
| **REVENUS** | **CHARGES** |
| **Type de revenus** | **Montant mensuel** | **Type de charges** | **Montant mensuel** | **Dette montant** | **PA en cours montant mensuels** |
| Salaire |  | Loyer nu |  |  |  |
| Chômage |  | Charges locatives |  |  |  |
| Retraite |  | Accession |  |  |  |
| Autres (détailler) |  | Assurance accession |  |  |  |
|  |  | Electricité / Gaz |  |  |  |
|  |  | Eau |  |  |  |
|  |  | Téléphone |  |  |  |
|  |  | Assurances |  |  |  |
|  |  | Impôts |  |  |  |
|  |  | Autres (détailler) |  |  |  |
| **Total** |  | **Total** |  |  |  |

☐ Non connu

* **Reste à vivre :** Revenus – Charges / nombre de personnes au foyer / 30.5 =
* **Biens et patrimoine :**

☐ OUI : Lesquels

☐ NON

☐ Non connu

* **Mandat protection future** : ☐ OUI ☐ NON ☐ Non connu

**ELEMENTS D’EVALUATION SOCIALE**

**CONSIGNES DE REDACTION**

**Le rédacteur privilégie les descriptions** :

1. Réaliser un descriptif circonstancié des faits récents et/ou anciens, détailler leur nature, mettre en évi­dence les éléments aggravants ayant motivés votre signalement.
2. Rapporter les « propos de la personne » ou de son entourage.
3. Préciser les critères de vulnérabilité (fragilité physique et/ou psychologique et/ou financière, abus de tiers), Préciser et les raisons pour lesquelles la famille ne fait pas la démarche elle-même.
4. - Écarter les interprétations et les jugements de valeur ;
5. - Mentionner des faits précis et des éléments objectifs utiles à la compréhension de la situation ;
6. - S’efforcer de dater les faits ;
7. - Préciser les actes que la personne peut faire seule et ceux pour lesquels elle a besoin d’aide, d’assistance, et/ou de représentation pour les réaliser.

Démarches effectuées : visite à domicile ; téléphone ; mail

Démarches de recueil d’éléments / Concertation : Contacts partenaires

**Le rédacteur utilise :**

1. - Le style direct pour les faits constatés ;
2. - Les guillemets pour les propos rapportés ;
3. - Le style indirect pour énoncer des éléments émanant d’intervenants autres que le rédacteur ;
4. - Le conditionnel pour exprimer seulement ce qui est supposé ;
5. - L’indicatif pour signifier les éléments vus, entendus, compris.

**EXPOSE DE LA SITUATION**

**Complément de signalement portant sur des faits de nature pénale dont la personne adulte vulnérable pourrait être victime**

**CONSIGNES DE REDACTION**

À l’occasion de son intervention auprès de la personne vulnérable pour lequel il demande une mesure de protection juridique, **le professionnel peut s’interroger sur la survenance de faits de nature pénale dont la personne serait victime.** Il lui appartient alors, au titre de l’article 40 du code de procédure pénale, de les signaler au Procureur de la République afin qu’une enquête soit menée, enquête qui viendra confirmer ou infirmer cette suspicion. Il peut s’agir principalement du délit d’abus de faiblesse commis par l’entourage familial, amical ou relationnel, par les personnes qui interviennent pour l’assister au domicile, par des démarcheurs etc. Les professionnels exerçant auprès des personnes âgées, à domicile ou en structure collective, sont soumis à cette obligation.

Le signalement devra comporter, outre les mentions figurant dans la trame destinée à solliciter une mesure de protection, les précisions suivantes :

1. - Les dates, lieux et circonstances des faits ayant alerté le travailleur social ;
2. - La description des faits et l’identité de la personne qui les a constatés s’il ne s’agit pas du travailleur social lui-même ;
3. - La description des faits révélés par la victime, qu’elle porte plainte ou non ;
4. - Si possible depuis quand la vulnérabilité de la personne a été constatée ;
5. - Préciser s’il existe des témoins éventuels ainsi que leurs coordonnées.

**AVIS DE LA OU DES PERSONNES CONCERNEES**

* Information de la démarche au(x) majeur(s) concernés

☐ OUI

☐ NON Pourquoi ?

* L’avis de la personne concernée est requis à titre indicatif ; il n’engage pas la décision de signaler ni celle du juge (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle).

☐ Favorable à la demande

☐ Opposée à la demande

☐ Est informée de la demande mais n’est pas en capacité de comprendre et/ou de mémoriser

☐ N’est pas informée de la demande pour les raisons suivantes :

(Compléter ci-dessous)

**POSSIBILITE POUR LA PERSONNE DE SE DEPLACER**

La personne pouvant être auditionnée par le Juge, il est nécessaire de préciser si elle peut se rendre au Tribunal.

☐ Peut se déplacer

☐ Peut se déplacer avec l’aide d’un tiers

☐ Ne peut pas se déplacer

NOM, prénom et signature du ou des NOM, prénom et signature

Professionnels rédacteurs du Chef de service

**Liste des pièces jointes :**