

RAPPORT D'EVALUATION SOCIALE EN VUE :

[ ]  d’un signalement de personne vulnérable

[ ]  d’une demande de mise sous protection juridique

IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE :

**- Nom et prénom :**

**- Nom de jeune fille :**

**- Date et lieu de naissance :**

**- Nationalité :**

**- Domicile :**

**- Téléphone (fixe et mobile) :**

**- Adresse actuelle (si différente du domicile) :**

I. SITUATION ET COMPOSITION FAMILIALE

[ ]  Célibataire [ ]  Pacsé(e) [ ]  Séparé(e) [ ]  Veuf(ve)

[ ]  Marié(e) [ ]  Vie maritale [ ]  Divorcé(e)

Personnes vivant au foyer

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom | Prénom | Né(e) le | Lien de parenté | Situation professionnelle / Scolarité |
| Adultes |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Enfants de moins de 18 ans |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Membres de la famille hors foyer**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Lien de parenté** | **Adresse – n° de téléphone**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

II. SITUATION LIEE AU LOGEMENT

**- HEBERGE :** [ ]

- Sans hébergement [ ]

- En structure d'hébergement [ ]

- Amical ou familial [ ]

- **OCCUPANT SANS TITRE :** [ ]

**-** **LOCATAIRE :** Privé [ ]  Social [ ]

- Nom du bailleur :

- Type de logement : Date d'entrée dans les lieux :

- Nom des titulaires du bail :

 -

 -

- si existence d’un impayé de loyer, stade de la procédure et montant de la dette :………………………

**- PROPRIETAIRE :** [ ]  - **EN ACCESSION :** [ ]

-si existence d’un impayé de mensualités d’accession et de charges, stade de la procédure : …………

**III.** BUDGET MENSUEL

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ressources mensuelles | Durée du droit à prestationr | demandeur | conjoint | Enfant(s)autre |                                             | **Charges mensuelles** |
|  Salaire |   |   |   |   |  Logement |  Loyer |  |
|  Revenu non salarié |   |   |   |   |  Charges  |  |
|  Emploi aidé et Formation |   |   |   |   |  Electricité |  |
|  ASSEDIC |  Alloc. d’Aide au Retour à l’Emploi |   |   |   |   |  Gaz |  |
|  Allocation de fin de droits  |   |   |   |   |  Eau |  |
|  Allocation spécifique solidarité |   |   |   |   |  Combustible |  |
|  Allocation insertion |   |   |   |   |  Participation hébergement |  |
|  Allocation unique dégressive |   |   |   |   |  Autre |  |
|  Autre |   |   |   |   |  Téléphonie |  Téléphone fixe |  |
|  Indemnités Journalières |   |   |   |   |  Portables |  |
|  Invalidité |  Pension invalidité |   |   |   |   |  Internet |  |
|  Majoration 1/3 personne |   |   |   |   |  Autre |  |
|  Rente accident de travail  |   |   |   |   |  Impôts |  Impôt revenu |  |
|  APA |   |   |   |   |  Taxe habitation |  |
|  Autre |   |   |   |   |  Taxe foncière |  |
|  Retraite  |  Fond National de Solidarité |   |   |   |   |  Redevance TV |  |
|  Pension |   |   |   |   |  Ordures ménagères |  |
|  Pension de réversion |   |   |   |   |  Autre |  |
|  Retraite complémentaire |   |   |   |   |  Assurances |  Habitation |  |
|  Autre |   |   |   |   |  Véhicule  |  |
|  Allocations  familiales |  Allocations rentrée scolaire |   |   |   |   |  Mutuelle |  |
|  PREPAREE |   |   |   |   |  Scolaire |  |
|  Allocations familiales |   |   |   |   |  Autre |  |
|  PAJE Allocation de Base |   |   |   |   |  Enfants |  Transport en commun |  |
| ASF |   |   |   |   |  Transport - essence |  |
| Complément familial |   |   |   |   |  Frais de garde |  |
|  Autre |   |   |   |   |  Restauration scolaire |  |
|  AL ou APL |   |   |   |   |  Autre |  |
|  RSA (ex-API) |   |   |   |   |  Divers |  Transport en commun |  |
|  RSA (ex-RMI) |   |   |   |   |  Transport - essence |  |
|  AAH ou AEEH |   |   |   |   |  Personnel employé |  |
|  Pensions |  Alimentaire |   |   |   |   |  Pension alimentaire |  |
|  Autre |   |   |   |   |  dépenses autonomie |  |
|  Patrimoine |  Loyer  |   |   |   |   |  Autre |  |
|  Intérêt |   |   |   |   |  Crédits à la consommation |  |
|  Rentes viagères |   |   |   |   |  Crédits immobiliers  |  |
|  Revenus fonciers |   |   |   |   |
|  Autre |   |   |   |   |
|  Autres ressources  |  Bourses Etudes |   |   |   |   |
|  Résidence secondaire |   |   |   |   |
|  Autre |   |   |   |  |
|  Sous total  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  **TOTAL ressources mensuelles** |  |  | **TOTAL charges mensuelles** |  |
|  |  |  |  |  |
| Nature de la dette | Montant des mensualités de remboursement | Solde restant dû |  |  **Loyer + charges**  |  |
|   |  |  |  |  **APL / AL** |  |
|  |  |  |  |  **Loyer résiduel** |  |
|  |  |  |
|   |  |  |
|  |  |  |

 Saisine de la commission de surendettement :

 OUI [ ]  Date de dépôt :

 NON [ ]

 ENVISAGÉE [ ]

**IV. EVALUATION DU TRAVAILLEUR SOCIAL et/ou MÉDICO-SOCIAL**

⏺ **Origine de l'intervention :**

**⏺ Les modalités de l'intervention :**

⏺ **Les intervenants :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Qualité/Service** | **Nom** | **Adresse et mail @** | **Téléphone** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|   |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

⏺ **Description des éléments de vulnérabilité ou d'inquiétude :**

###### ⏺ Interventions mises en œuvre, leurs impacts et leurs limites :

⏺ **Conclusion : éléments de vulnérabilité qui justifient le signalement ou la demande de mise sous protection :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Date : Date et visa

 du travailleur social et/ou médico-social

|  |  |
| --- | --- |
| Visa du supérieur hiérarchique | Cachet |
|  |  |

**V. DEMANDE DE MISE SOUS PROTECTION**

**⏺ Certificat relatif à la constatation de l'altération des facultés mentales et corporelles :**

La personne accepte l'expertise médicale :

 [ ]  Oui [ ]  non [ ]  ignoré

Si non, les motifs invoqués :

La personne est en mesure de la financer :

 [ ]  Oui [ ]  non [ ]  ignoré

Le requérant sollicite du Parquet d'ordonner l'expertise :

 [ ]  Oui [ ]  non [ ]  ignoré

Nom et adresse du médecin habilité qui a établi le certificat médical et détaillé après examen de la personne à protéger[[1]](#footnote-1) :

Date de l'expertise (si connue) :

⏺  **La personne et la demande de protection :**

[ ]  est favorable à la demande

[ ]  est opposée à la demande pour les raisons suivantes :

[ ]  n'est pas informée de la demande pour les raisons suivantes :

⏺ **Pièces jointes :**

 [ ]  L'expertise médicale du médecin choisi sur la liste des médecins habilités

 [ ]  Copie intégrale de l'acte de naissance de moins de 3 mois, de la personne concernée

 [ ]  A défaut, la copie de la pièce d'identité

 [ ]  Autres :

Motif(s) des pièces manquantes :

Non et qualité du travailleur social et/ou médico-social :

 Fait à , le

 Signature

1. Le certificat est à joindre à la demande de mise sous protection conformément à l'art. 12 19 du décret 2008-1276 du 5 décembre 2008 : "le certificat est remis par le médecin au requérant sous pli cacheté, à l'attention exclusive du procureur de la République ou du juge des tutelles". [↑](#footnote-ref-1)