

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)