|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMULAIRE DE TRANSMISSION D’INFORMATIONS  AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE  EN VUE D’UNE DEMANDE DE PROTECTION JURIDIQUE |
| NOTICE  La loi 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation et de réforme pour la justice a introduit des modifications sur les conditions de forme de la saisine effectuée via le Procureur de la République. Le décret 2019-1464 du 26 décembre 2019 est venu en préciser les modalités.  Ce document a été élaboré pour venir en appui aux professionnels du sanitaire, du médico-social et du social qui souhaitent instruire une demande de mesure de protection pour un majeur. Il a été élaboré par un groupe de travail pluriprofessionnel du Vaucluse.  Ce document concerne exclusivement les professionnels. Les personnes visées par l’article 430 du code civil (famille, proches…) continuent de saisir le Juge des contentieux de la protection, en direct, via le Cerfa n° 15 891\*03 « Requête en vue d’une protection juridique d’un majeur ».  Le formulaire de transmission d’informations au Procureur de la République en vue d’une demande de protection juridique tient compte des informations obligatoires, indiquées dans le décret 2019-1464 du 26 décembre 2019, à savoir :   * la composition de la famille de la personne à protéger, ses conditions de vie, son lieu de vie et son environnement social ; * la consistance de son patrimoine, les ressources, les charges et dettes ainsi que, le cas échéant, la liste des prestations mobilisables au bénéfice de la personne ; * l'autonomie de la personne, évaluée au regard de sa capacité à s'organiser seule dans la vie quotidienne, à accomplir ses démarches administratives et gérer son budget, seule.   Les informations qui doivent obligatoirement être transmises sont signalées par des astérisques.  Les professionnels requérants doivent être attentifs à rédiger une analyse de la situation du majeur à protéger, en conclusion du document, dans l’encadré « Synthèse du professionnel ».  N’oubliez pas de préremplir les 2 fiches navettes disponibles à la fin du formulaire (Identité du service et de la personne à protéger) afin que les services du Procureur de la République et du Juge des contentieux de la protection vous tiennent informé de l’état d’avancement de la requête.  *Ce document peut être complété à la main*  *ou directement à l’ordinateur.* | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMULAIRE DE TRANSMISSION D’INFORMATIONS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE EN VUE D’UNE DEMANDE DE PROTECTION JURIDIQUE  Article 431 du Code Civil  Décret n° 2019-1464 du 26/12/19 relatif à l’évaluation du majeur à protéger |

# INFORMATIONS CONCERNANT LE PROFESSIONNEL REQUÉRANT

|  |  |
| --- | --- |
| IDENTITÉ DU REQUÉRANT\* |  |
| Service |  |
| Nom – prénom |  |
| Fonction |  |
| @ du requérant |  |
| 🕿 direct ou standard |  |
| Fax |  |
| Adresse |  |
| @ du responsable ou du service |  |

# INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE À PROTÉGER

|  |  |
| --- | --- |
| IDENTITÉ DE LA PERSONNE À PROTÉGER\* |  |
| Nom de naissance |  |
| Nom marital ou nom d’usage |  |
| Prénoms |  |
| Date de naissance | Date |
| Ville et pays de naissance |  |
| Nationalité |  |
| Situation de famille |  |
| Profession |  |
| Adresse |  |
| *Dans la mesure du possible* |  |
| 🕿 de la personne à protéger |  |
| 🕿 d’un tiers (si la personne est injoignable) |  |
| @ de la personne à protéger |  |
| @ d’un tiers (si la personne n’a pas d’email) |  |

# SI LA PERSONNE À PROTÉGER EST HOSPITALISÉE\*

|  |  |
| --- | --- |
| Etablissement |  |
| Service |  |
| 🕿 /@ du service |  |
| Date prévisionnelle de sortie | Date |
| Orientation post-hospitalisation (domicile, SSR, EHPAD…) |  |
| 🕿 /@ du service d’accueil |  |
| Nom - Prénom de la personne de confiance |  |
| 🕿 / @ de la personne de confiance |  |
| La personne a-t-elle des visites / des appels réguliers ?  OUI  NON  Ne sait pas | |

# COMPOSITION DE LA FAMILLE DE LA PERSONNE À PROTÉGER\* (conjoint(e), compagnon/compagne, enfant(s), parents, frères et sœurs, neveux et nièces…)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM et PRÉNOM** | **AGE** | **QUALITÉ** | **COORDONNÉES****ADRESSE / TÉL / MAIL** | **VIVANT****DANS LE FOYER** | **RELATIONS****AVEC LA PERSONNE** | **PERSONNES RESSOURCES** |
|  |  |  |  | OUI NON | Contacts fréquents  Contacts irréguliers  Sans contact | OUI  NON |
|  |  |  |  | OUI NON | Contacts fréquents  Contacts irréguliers  Sans contact | OUI  NON |
|  |  |  |  | OUI NON | Contacts fréquents  Contacts irréguliers  Sans contact | OUI  NON |
|  |  |  |  | OUI NON | Contacts fréquents  Contacts irréguliers  Sans contact | OUI  NON |
|  |  |  |  | OUI NON | Contacts fréquents  Contacts irréguliers  Sans contact | OUI  NON |

# ENTOURAGE DE LA PERSONNE À PROTÉGER (amis, voisins, colocataires, hébergeant…)\*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM et PRÉNOM** | **AGE** | **QUALITÉ** | **COORDONNÉES****ADRESSE / TÉL / MAIL** | **VIVANT****DANS LE FOYER** | **RELATIONS****AVEC LA PERSONNE** | **PERSONNES RESSOURCES** |
|  |  |  |  | OUI NON | Contacts fréquents  Contacts irréguliers  Sans contact | OUI  NON |
|  |  |  |  | OUI NON | Contacts fréquents  Contacts irréguliers  Sans contact | OUI  NON |
|  |  |  |  | OUI NON | Contacts fréquents  Contacts irréguliers  Sans contact | OUI  NON |
|  |  |  |  | OUI NON | Contacts fréquents  Contacts irréguliers  Sans contact | OUI  NON |
|  |  |  |  | OUI NON | Contacts fréquents  Contacts irréguliers  Sans contact | OUI  NON |

# RESSOURCES ET PATRIMOINE DE LA PERSONNE À PROTÉGER\*

|  |  |
| --- | --- |
| **NATURE DES REVENUS (salaire, pension, allocation, réversion…)** | **MONTANT GLOBAL** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NATURE DES CHARGES** | **MONTANT GLOBAL** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NATURE DES DETTES** | **MONTANT GLOBAL** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOSSIER DE SURENDETTEMENT** | OUI  NON  Ne sait pas |

|  |
| --- |
| **BIENS MOBILIERS ET IMMOBILIERS** |
|  |

|  |
| --- |
| **PATRIMOINE EXISTANT** |
|  |

|  |
| --- |
| **COMPTES BANCAIRES, PLACEMENTS, ASSURANCE-VIE…** |
|  |

# AUTRES INFORMATIONS À PRÉCISER

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPTE JOINT** *(Précisez nom et prénom)* |  |
| **PROCURATION****A UN TIERS** *(Précisez nom, prénom, téléphone, mail)* |  |
| NOTAIRE *(Précisez nom, prénom, téléphone, mail)* |  |
| AVOCAT *(Précisez nom, prénom, téléphone, mail)* |  |
| **EXISTENCE D’UN MANDAT DE PROTECTION FUTURE** | OUI  NON  Ne sait pas |

# SITUATION MÉDICO-SOCIALE

# DEGRÉ D’AUTONOMIE DE LA PERSONNE À PROTÉGER\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Préciser si la personne est en état de réaliser les actes suivants :** | **SEULE** | **AVEC AIDE PARTIELLE** | **AVEC AIDE TOTALE** |
| **GESTION FINANCIERE (budget, paiement facture…)** |  |  |  |
| **GESTION ADMINISTRATIVE (démarches, courrier…)** |  |  |  |
| **ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE (habillage, toilette, repas…)** |  |  |  |
| **ACTIVITES DOMESTIQUES (courses, ménage…)** |  |  |  |
| **ACCES AUX SOINS (suivi médical, prise de traitement / RDV…)** |  |  |  |
| La personne bénéficie-t-elle d’une reconnaissance de handicap ou d’invalidité ?  Précisez : | OUI  NON  Ne sait pas | | |
| **OBSERVATIONS** |  | | |

* **INTERVENANTS MÉDICO-SOCIAUX**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Qualité | Nom et prénom | Structure service | Adresse | Téléphone/mail |
| Médecin traitant |  |  |  |  |
| Infirmiers libéraux /SSIAD |  |  |  |  |
| Intervenants/prestataires (aide à domicile, portage repas…) |  |  |  |  |
| Travailleur social (EDES, CCAS…) |  |  |  |  |
| Gestionnaire de cas |  |  |  |  |
| SAVS/SAMSAH |  |  |  |  |
| Autres (CMP, HAD…) |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMATIONS SUR LE LOGEMENT | OBSERVATIONS |
| Lieu de vie (maison, appartement, foyer, habitat mobile, sans domicile…) |  |
| Statut (locataire, propriétaire, hébergé(e)…) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| COUVERTURE SOCIALE | OBSERVATIONS |
| Assurance maladie (N°SS, Droits ouverts, caisses d’affiliation…) |  |
| Assurance complémentaire (mutuelle, CSS…) |  |

**ÉLÉMENTS MOTIVANT LA DEMANDE\***

**Afin de faciliter l’étude du dossier par le Procureur de la République,**

**merci d’apporter les précisions nécessaires sur les points suivants**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Y a-t-il une mesure de protection antérieure à la demande ci-jointe ? | | OUI  NON  Ne sait pas |
| Précisez les motifs de la présente demande |  | |
| Vulnérabilité  Perte d’autonomie  Isolement social  Troubles cognitifs  Absence/refus de soins  Autres…Précisez : | | |
| Y a-t-il une notion d’urgence et / ou de danger ?  OUI  NON  Si oui, précisez : *(Plusieurs raisons envisageables)* | | |
| Dégradation de l’état de santé (ex : amaigrissement, violence/maltraitance…) Précisez :  Dégradation de la situation (ex : décès ou indisponibilité de l’aidant, conflit familial, isolement social/familial/ géographique, action judiciaire en cours…)  Situation du logement compromettant l’intégrité physique/morale (ex : procédure d’expulsion, syndrome de Diogène, squat, lieu de vie en péril…)  Problématique financière (ex : suspicion de spoliation, risque de dilapidation- patrimoine existant ou à venir-, vente à finaliser d’un bien immobilier…)  Autres… Précisez : | | |
| Précisez si des actes urgents sont à réaliser ou prévisibles dans le délai d’une année : | | |
| Vente d’un bien immobilier  Signature d’un contrat de séjour en établissement  Autres… Précisez : | | |
| Informations concernant l’avis de la personne à protéger : |  | |
| * La personne est informée de la demande  OUI  NON Pourquoi : * Est favorable à la mesure  OUI  NON Pourquoi : * Est opposée à la mesure  OUI  NON Pourquoi : * N’a pas d’avis sur la mesure  OUI  NON Pourquoi : * N’est pas en état de donner un avis, même non éclairé, sur la mesure  OUI  NON Pourquoi : | | |
| Apportez des précisions sur les difficultés à obtenir : |  | |
| Le certificat médical circonstancié  Précisez (ex : ressources insuffisantes, refus...) :  La personne à protéger est-elle en capacité de se rendre chez un médecin expert auprès des tribunaux ?  OUI  NON  Si non, précisez le nom et les coordonnées téléphoniques d’un tiers susceptible de l’y accompagner et de faire le lien avec le médecin expert :  L’extrait d’acte de naissance. Si oui, pourquoi ?  Des informations sur les ressources et le patrimoine, lesquelles :  Des informations sur la composition de la famille et de l’entourage, lesquelles :  Des informations relatives au degré d’autonomie de la personne, lesquelles :  Autres… Précisez : ? | | |
| En cas d’audition du majeur à protéger : | | |
| Déplacement et/ou audition impossible  L’assistance d’un tiers est nécessaire :   * Précisez l’identité et les coordonnées de la personne qui peut l’accompagner au tribunal :   La personne à protéger a besoin d’un interprète :   * Précisez la langue : | | |
| Informations utiles à l’analyse de la situation :  Créneaux d’indisponibilité du majeur à protéger : Précisez :  Présence d’un animal : Précisez :  Entourage hostile : Précisez :  Autres : Précisez : | | |
| Préconisation sur la personne physique ou morale susceptible d’exercer la mesure de protection : | | |
| Le majeur à protéger a-t-il désigné une personne ?  OUI  NON Si oui, précisez :   * Lien avec le majeur à protéger : * Nom de naissance et d’usager : * Prénoms : * Date et lieu de naissance : * Nationalité : * Profession : * Adresse : * 🕿 / @ :   Préconisations et avis du professionnel requérant sur la personne désignée par le majeur à protéger :  Précisez :  La situation nécessite-t-elle de nommer un mandataire spécial ?  OUI  NON Pourquoi : | | |

**SYNTHÈSE DU PROFESSIONNEL**\*

# 

# Le Date à

# Signature du professionnel requérant :

# FICHE NAVETTE 1

# PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE -PROFESSIONNEL REQUÉRANT

# A compléter par le greffe du Procureur de la République

|  |  |
| --- | --- |
| IDENTITÉ DU SERVICE |  |
| Service |  |
| Nom |  |
| Fonction |  |
| @ du service |  |
| 🕿 |  |
| Adresse postale |  |

|  |  |
| --- | --- |
| IDENTITÉ DE LA PERSONNE À PROTÉGER |  |
| Nom de naissance |  |
| Nom marital ou nom d’usage |  |
| Prénoms |  |
| Date de naissance | Date |

|  |  |
| --- | --- |
| DATE DE RÉCEPTION DE LA REQUÊTE AU PARQUET : Date |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DÉCISION DU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE |  |
| Non-lieu à mesure de protection  Réquisition d’un médecin-expert auprès des tribunaux :  Nom et coordonnées du médecin expert :  Date de la réquisition :  Transmission au juge des contentieux de la protection  Date de la transmission au juge des contentieux de la protection : Date | | |

# FICHE NAVETTE 2

# JUGE DES CONTENTIEUX DE LA PROTECTION

# - PROFESSIONNEL REQUÉRANT

# A compléter par le greffe du juge des contentieux de la protection

|  |  |
| --- | --- |
| IDENTITÉ DU SERVICE |  |
| Service |  |
| Nom |  |
| Fonction |  |
| @ du service |  |
| 🕿 |  |
| Adresse postale |  |

|  |  |
| --- | --- |
| IDENTITÉ DE LA PERSONNE À PROTÉGER |  |
| Nom de naissance |  |
| Nom marital ou nom d’usage |  |
| Prénoms |  |
| Date de naissance | Date |

|  |  |
| --- | --- |
| DATE DE RÉCEPTION DE LA REQUÊTE DU PARQUET : Date |  |

|  |
| --- |
| DÉCISION DU JUGE DES CONTENTIEUX DE LA PROTECTION |
| Non-lieu à mesure de protection  Décision de protection juridique  Sauvegarde de justice sans mandat spécial  Sauvegarde de justice avec mandat spécial  Curatelle simple  Curatelle renforcée  Tutelle  Date de la décision : Date  Identité et coordonnées du mandataire désigné : | |