Requête : le Dossier doit être complet, joinde le CMC (certificat médical circonstancié ) non ouvert

Signalement

**Avec les élements en votre possession**

**01 Je soussigné(e)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Madame ☐ Monsieur | | |
| NOM : | | Prénom : |
| Fonction : | | Structure/Service : |
| Adresse : | | |
| Code postal : | | Ville : |
| Tél : | Fax : | Courriel : |

1. **Souhaite vous informer de la situation de :**

***(Joindre dans la mesure du possible la copie de la carte d’identité ou d’un autre document d’identité)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Madame ☐ Monsieur | | |
| NOM D’USAGE / NOM MARITAL : | | Prénom(s) : |
| NOM DE NAISSANCE /NOM DE JEUNE FILLE : | | Date de naissance : |
| Ville de naissance : | | Pays de naissance : |
| Nationalité(s) : | | |
| Nom de l’établissement de résidence le cas échéant : | | |
| Adresse : | | |
| Complément d’adresse : | |  |
| Étage : Esc. / Hall / Bât. : | | Code(s) entrée |
| Code postal : | | Ville : |
| Tél : | Port : | Courriel : |

[[1]](#footnote-1)

Commentaires : (*ex. se fait appeler par un autre nom ou prénom ; sonner sur l’interphone de M. X, ½ étage)*

1. **Situation de famille**

* Veuf (ve) ☐ Marié(e)
* Ne sait pas
* Divorcé(e)
* Pacsé(e) ☐ Célibataire ☐ Union Libre
* Vit seul(e)
* Vit avec d’autres personnes => Nom / statut / qualité :
* Propriétaire ☐ Locataire ☐ Hébergé(e) à titre gratuit ☐ SDF ☐ Usufruitier ☐ Autre :

État du logement :

Commentaires :

1. **Lieu de vie actuel de la personne concernée**

* **La personne est à son domicile**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **La personne est actuellement hospitalisée ou chez un tiers** | | |
| Nom établissement : | | Service : |
| Adresse : | | |
| Complément d’adresse : | |  |
| Code postal : | | Ville : |
| Tél : | Fax : | Courriel : |
| Nom et prénom du référent et/ou de l’assistant social hospitalier : | | |
| Tél : | Port : | Courriel : |

Un retour à domicile est-il prévu ? ☐ Oui => Date envisagée :

* Non
* Ne sait pas

Commentaires :

1. **Personne(s) proche(s) et relation(s) connu(es)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lien avec la personne concernée :  Epoux(se) , Concubin(e) ,Pacsé(e)  Père /Mère/Autres | | Informé(e) de la démarche ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait  pas  Si oui, a donné son accord pour communiquer ses  coordonnées ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas |
| NOM: | | Prénom : |
| Adresse/compl. adresse : | | |
| Code postal : | | Ville : |
| Tél : | Port : | Courriel : |
| **Commentaires :( préciser le lien)**    **Enfants :**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nom** | **Prénom** | **Age** | **Adresse** | **Ville/CP** | **Tel** | **courriel** | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |   **Frères et sœurs  ou entourage proche**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nom** | **Prénom** | **Age** | **Adresse** | **Ville/CP** | **Tel** | **courriel** | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | | |

1. **Médecin traitant ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM **Prénom:** | | | |
| **☐ Spécialiste (préciser la spécialité) : ex : psychiatre, cardiologue, etc** | | | |
| **Adresse/compl. adresse :** | | | |
| **Code postal :** | | **Ville :** | |
| **Tél :** | **Port :** | **Fax :** | **Courriel :** |
| **Commentaires (ex. mentionner s’il n’assure pas de suivi régulier et/ou n’a pas vu son patient depuis longtemps) :** | | | |

1. **Autre médecin (si pertinent pour la démarche)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM **Prénom:** | | | |
| **☐ Spécialiste (préciser la spécialité) : ex : psychiatre, cardiologue, etc** | | | |
| **Adresse/compl. adresse :** | | | |
| **Code postal :** | | **Ville :** | |
| **Tél :** | **Port :** | **Fax :** | **Courriel :** |
| **Commentaires (ex. mentionner s’il n’assure pas de suivi régulier et/ou n’a pas vu son patient depuis longtemps) :** | | | |

1. **Professionnels en lien avec la personne concernée**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom structure/service : | | Type structure/service : |
| Adresse/compl. adresse : | | |
| Code postal: | | Ville: |
| Tél : | Fax : | Courriel : |
| NOM Prénom du référent : | | Informée de la démarche ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne  sait pas |
| Commentaires : | | |
| Nom structure/service : | | Type structure/service : |
| Adresse/compl. adresse : | | |
| Code postal : | | Ville : |
| Tél : | Fax : | Courriel : |
| NOM Prénom du référent : | | Informée de la démarche ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne  sait pas |
| Commentaires : | | |

**09 Notaire / ou Gestionnaire de biens / ou établissement bancaire** ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * NOTAIRE   NOM Prénom : | | | Informé de la démarche ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait  pas | |
| Adresse/compl. adresse : | | | | |
| Code postal : | | | Ville : | |
| Tél : | Port : | Fax : | | Courriel : |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * Banque Principale   Nom établissement | | | Informé de la démarche ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait  pas | |
| Nom Prénom Conseiller si connu | | | Numéro de compte | |
| Adresse/compl. adresse : | | | | |
| Code postal : | | | Ville : | |
| Tél : | Port : | Fax : | | Courriel : |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * Autres établissements bancaires   Nom établissement | | | Informé de la démarche ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait  pas | |
| Nom Prénom Conseiller si connu | | | Numéro de compte | |
| Adresse/compl. adresse : | | | | |
| Code postal : | | | Ville : | |
| Tél : | Port : | Fax : | | Courriel : |

1. **Renseignements financiers et patrimoniaux**

*Ressources :*

*Charges :*

*Dettes ou impayés :*

*Reste à vivre :*

*Biens et patrimoine :*

1. *Texte libre*

**11 Existence de procuration(s)** ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

|  |  |
| --- | --- |
| Si oui laquelle (bancaire, générale) : | |
| Coordonnées de la personne ayant procuration | |
| Lien avec la personne concernée : | |
| NOM : | Prénom : |
| Adresse/compl. adresse : | |

1. **Existence d’un mandat de protection future** ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM : | | | Prénom : | |
| Nom structure/service : | | | Type structure/service : | |
| Adresse/compl. adresse : | | | | |
| Code postal : | | | Ville : | |
| Tél : | Port : | Fax : | | Courriel : |
| Commentaires : | | | | |

**13 Exposé des faits et éléments préoccupants en lien avec le signalement**

|  |
| --- |
| **Si plusieurs partenaires Merci de faire un document commun. Texte libre** |

1. **Complément de signalement portant sur des faits de nature pénale dont la personne adulte vulné- rable pourrait être victime**

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 per- sonne 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.

Commentaires : Si faits de maltraitance :

1. **Avis de la personne concernée**

* 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 : *(complétez ci-dessous)*

**16 Possibilité de la personne concernée à se déplacer**

* Peut se déplacer
* Peut se déplacer avec l’aide d’un tiers
* Ne peut pas se déplacer

**Ce formulaire est à adresser par courrier non recommandé à l’adresse suivante**

**Procureur de la république/ Service civil du parquet**

**Tribunal judiciaire d’Orléans**

**44 rue de la Bretonnerie**

**45044 ORLEANS CEDEX 1**

**MODE D’EMPLOI**

Les rubriques du formulaire sont à compléter si son rédacteur détient les informations demandées

1. **Qui signale ?**

L’identité de la personne qui a constaté les faits et/ou à qui on les a rapportés.

1. **La personne qui fait l’objet du signalement**
   * + L’identité de la personne à protéger

NB : le lieu de résidence peut être un EHPAD.

* + - Mentionner dans le champ « Commentaires » si la personne se fait appeler par un autre nom ou prénom ; s’il faut sonner sur l’interphone d’une autre personne etc.

1. **Situation de famille**

Mentionner dans le champ « Commentaires » si la situation est particulière.

1. **Lieu de vie actuel de la personne concernée**

Le signalement peut être fait de la même façon, que la personne soit à son domicile, ou qu’elle soit hospitali- sée, hébergée à titre temporaire dans un établissement, chez un tiers. Il suffit de préciser l’adresse du lieu de vie de la personne au jour du signalement.

1. **Personne(s) proche(s) et relation(s) connu(es)**

Indiquer ici l’identité et les coordonnées de l’entourage qui entretient des liens réguliers avec la personne concernée (conjoints, enfants, autres parents, amis, voisins etc.)

NB : Si vous avez porté des coordonnées de proche(s), argumenter les raisons pertinentes pour lesquelles ils ne formulent pas la requête en les inscrivant dans le champ « Commentaires » (ex. entourage opposé à la mesure, qui n’est pas en capacité de la demander, en rupture familiale, situation particulière etc.)

Vous pouvez préciser dans « situations particulières » une absence et/ou un refus de lien avec un membre de la famille.

1. **Médecin traitant**

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

1. **Autre médecin en lien avec la personne concernée**

Si d’autres médecins spécialistes suivent régulièrement la personne, et plus spécialement au moment du si- gnalement, indiquer ici leurs coordonnées ; par exemple, réseau de santé, neurologue, médecin hospitalier accompagnant la personne au moment du signalement.

1. **Professionnels en lien avec la personne concernée**

Ex. infirmier libéral, autres paramédicaux, service d’aide à domicile, travailleur social, etc.

1. **Notaire / ou Gestionnaire de biens / ou établissement bancaire**

Selon la nature des faits constatés, et si connues, indiquer les coordonnées.

1. **Renseignements financiers et patrimoniaux**

Indiquez les comptes bancaires, les ressources, l’endettement, le patrimoine immobilier, etc. si vous en avez la

connaissance.

1. **Existence de procurations**

A renseigner si vous en avez connaissance

1. **Existence d’un mandat de protection future**

Si connus,préciser l’identité et les coordonnées de la personne nommée dans le mandat de protection future.

1. **Exposé des faits et éléments préoccupants en lien avec le signalement**
   * Réaliser un descriptif circonstancié des faits récents et/ou anciens, détailler leur nature, mettre en évi- dence les éléments aggravants ayant motivés votre signalement.
   * Rapporter les « propos de la personne » ou de son entourage.
   * Préciser les critères de vulnérabilité (fragilité physique et/ou psychologique et/ou financière, abus de tiers), les actes que la personne peut faire seule et ceux pour lesquels elle a besoin d’assistance ou de représentation pour les réaliser.
   * Préciser et les raisons pour lesquelles la famille ne fait pas la démarche elle-même.
2. **Complément de signalement portant sur des faits de nature pénale dont la personne adulte vulné- rable pourrait être victime**

À l’occasion de son intervention auprès de la personne vulnérable pour lequel il demande une mesure de pro- tection juridique, le rédacteur peut s’interroger sur la survenance de faits de nature pénale dont la personne serait victime. Il lui appartient alors 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 Ainés, à domicile ou en structure collective, sont soumis à cette obligation.

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

* + les dates, lieux et circonstances des faits ayant alertés le travailleur social ;
  + 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 ;
  + la description des faits révélés par la victime, qu’elle porte plainte ou non ;
  + si possible depuis quand la vulnérabilité de la personne a été constatée ;

préciser s’il existe des témoins éventuels ainsi que leurs coordonnées

1. **Avis de la personne concernée**

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).

1. **Possibilité de la personne à se déplacer**

La personne devant être auditionnée par le juge, il est nécessaire de préciser si elle peut se rendre au tribunal

**INFORMATIONS UTILES**

**Aide à la rédaction**

Le rédacteur privilégie les descriptions :

* + - écarter les interprétations et les jugements de valeur ;
    - mentionner des faits précis et des éléments objectifs utiles à la compréhension de la situation ;
    - s’efforcer de dater les faits ;
    - préciser les actes que la personne peut faire seule et ceux pour lesquels elle a besoin d’aide, d’assis- tance, et/ou de représentation pour les réaliser.

Le rédacteur utilise :

* + - le style direct pour les faits constatés ;
    - les guillemets pour les propos rapportés ;
    - le style indirect pour énoncer des éléments émanant d’intervenants autres que le rédacteur ;
    - le conditionnel pour exprimer seulement ce qui est supposé ;
    - l’indicatif pour signifier les éléments vus, entendus, compris.

Signataire de l’écrit :

* + - le rédacteur, avec cachet du service ;
    - NB : si la procédure interne de la structure l’impose, l’écrit sera co-signé avec son supérieur hiérar- chique.

**Informations concernant la consultation du dossier**

Le Code de procédure civile prévoit que le dossier peut être consulté au greffe du tribunal d’instance sur auto- risation du juge après une demande écrite adressée au service :

* + - par un proche (conjoint, concubin, parent ou allié etc.) si ces personnes justifient d’un intérêt légitime et sur autorisation du juge ;
    - par les avocats des différentes parties dans son ensemble.
    - Cette consultation s’effectue après la prise d’un rendez-vous fixé par le greffe.

Pour toute information complémentaire, rendez-vous sur le site du ministère de la justice http[s://w](http://www.justice.gouv.fr/)ww.justice.gouv.fr

Ce formulaire est à adresser par courrier non recommandé à l’adresse suivante

**Procureur de la république/Service civil du parquet**

**Tribunal judiciaire d’Orléans**

**44 rue de la Bretonnerie**

**45044 ORLEANS CEDEX 1**

1. [↑](#footnote-ref-1)