

Évaluation médicale et psychosociale – volet psychosocial

1 – Renseignements généraux		
Nom à la naissance	Prénom	
Date de naissance _____ an-mois-jour	N° de dossier du Curateur public	
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	N° d'assurance maladie	N° de dossier de l'établissement
Nom usuel	Langue usuelle <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre _____	
N° d'assurance sociale		
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> en union civile <input type="checkbox"/> conjoint de fait <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> union civile dissoute <input type="checkbox"/> séparé légalement <input type="checkbox"/> veuf Depuis _____ ans Nom et prénom du conjoint actuel _____		
CITOYENNETÉ <input type="checkbox"/> canadienne <input type="checkbox"/> autre _____	INDIEN INSCRIT AU REGISTRE <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui si oui, résidant dans une réserve <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	ORIGINE ETHNIQUE _____ RELIGION _____
2 – Milieu de vie		
A) <input type="checkbox"/> domicile → habite seule <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> chambre et pension <input type="checkbox"/> sans domicile fixe B) <input type="checkbox"/> C.H.S.L.D. <input type="checkbox"/> CH (C.H.S.G.S. / C.H.S.P.) C) <input type="checkbox"/> R.T.F. <input type="checkbox"/> R.I. <input type="checkbox"/> Autre ressource publique (R.A.C., internat ou autre) _____ Établissement gestionnaire de cette ressource (R.I., R.T.F., R.A.C., internat ou autre) _____ D) <input type="checkbox"/> Autre ressource privée _____		
Adresse actuelle		Adresse permanente (si différente de l'actuelle)
Nom de l'établissement (s'il y a lieu) _____		Nom de l'établissement (s'il y a lieu) _____
N° et Rue _____		N° et Rue _____
Ville _____		Ville _____
Province _____		Province _____
Code postal _____ Téléphone _____		Code postal _____ Téléphone _____
3 – Sources de références		
Nom _____	Téléphone _____	Lien avec la personne _____
Nom _____	Téléphone _____	Lien avec la personne _____
Nom _____	Téléphone _____	Lien avec la personne _____
4 – Circonstances motivant la demande		
_____ _____ _____		

Évaluation médicale et psychosociale – volet psychosocial
5 – Situation légale

 RÉGIME MATRIMONIAL société d'acquêts séparation de biens communauté de biens ne s'applique pas

ADMINISTRATION PAR UN TIERS

an – mois - jour

 Mandat en prévision de l'incapacité signé le _____

 non homologué homologué le _____

 Procuration générale signée le _____

 Procuration bancaire signée le _____

 Administration par l'époux avec autorisation du tribunal

 Administration de prestations ou d'indemnités sociales

 PSV RRQ Sécurité du revenu

 SAAQ IVAC CSST

 Autre : _____

Signée le _____

 ADMINISTRATION SANS PROCURATION OU MANDAT ÉCRIT, NI DÉSIGNATION

 PROCÉDURES JUDICIAIRES OU ADMINISTRATIVES EN COURS oui non

MANDATAIRE-ADMINISTRATEUR DÉSIGNÉ

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____

Code postal _____

Téléphone (maison) _____ Téléphone (travail) _____

Lien avec la personne _____

PERSONNE AGISSANT SANS PROCURATION OU MANDAT ÉCRIT, NI DÉSIGNATION

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____

Code postal _____

Téléphone (maison) _____ Téléphone (travail) _____

Lien avec la personne _____

Avocat ou notaire de la personne

Nom et prénom _____ Téléphone _____

Adresse _____ Télécopieur _____

6 – Situation financière *Information connue de l'évaluateur*

A) Principales sources de revenus

Montant mensuel (\$)
 Pension de la sécurité de la vieillesse

 Régie des rentes du Québec

 Sécurité du revenu Assurance-emploi

 Pension privée _____

 SAAQ IVAC CSST

 Autres sources _____

Total

Le Curateur public du Québec

0019-DGP-2003-10 v2

 tribunal

 Curateur public du Québec

 établissement

 personne

Évaluation médicale et psychosociale – volet psychosocial

Situation financière <i>Information connue de l'évaluateur - suite</i>	
B) Dépenses mensuelles	Montant mensuel (\$)
Hébergement	_____
Loyer ou hypothèque	_____
Taxes scolaires et impôt foncier	_____
Comptes courants	_____
Dépenses personnelles	_____
Autres dépenses _____	_____
Total	_____
C) Patrimoine : actif	Actif (\$)
Comptes bancaires (institution financière et numéro de compte)	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Placements (type et institution financière)	_____
_____	_____
_____	_____
Meubles et objets de valeur	_____
_____	_____
Immeubles (type et adresse)	_____
_____	_____
_____	_____
Autres actifs (voiture, entreprise, ferme, rachat d'assurance-vie, etc.)	_____
_____	_____
Total	_____
D) Patrimoine : passif	Passif (\$)
Hypothèque à payer	_____
Emprunt bancaire à payer	_____
Emprunt à d'autres sources à payer	_____
Comptes à payer (comptes courants, comptes en souffrance, carte de crédit, etc.)	_____
Total	_____

Évaluation médicale et psychosociale – volet psychosocial

7 – Antécédents psychosociaux significatifs

8 – Relations interpersonnelles

COMPOSITION DU RÉSEAU FAMILIAL ET SOCIAL

DYNAMIQUE FAMILIALE ET SOCIALE ACTUELLE

EXERCICE ACTUEL DES RÔLES SOCIAUX

CAPACITÉ ACTUELLE DE LA PERSONNE À EXPRIMER SES VOLONTÉS

9 – Observations relatives à l'autonomie

<i>PHYSIQUE</i>	<i>autonome</i>	<i>avec aide</i>	<i>dépendante</i>	
<i>mobilité</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Aide technique</i> _____
<i>AVQ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>AVD</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COMMUNICATION (troubles du langage ou de l'audition) _____

Compensation _____

Évaluation médicale et psychosociale – volet psychosocial
13 – Personnes pouvant être convoquées à l'assemblée de parents, d'alliés ou d'amis
PERSONNES À CONVOCATION OBLIGATOIRE (conjoint, enfants, père, mère; s'ils ont une résidence connue au Québec : grands-parents, autres ascendants, frères et soeurs majeurs)

Nom _____ Prénom _____ No Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone (maison) _____ Téléphone (travail) _____ Lien avec la personne _____	Nom _____ Prénom _____ No Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone (maison) _____ Téléphone (travail) _____ Lien avec la personne _____
Nom _____ Prénom _____ No Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone (maison) _____ Téléphone (travail) _____ Lien avec la personne _____	Nom _____ Prénom _____ No Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone (maison) _____ Téléphone (travail) _____ Lien avec la personne _____
Nom _____ Prénom _____ No Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone (maison) _____ Téléphone (travail) _____ Lien avec la personne _____	Nom _____ Prénom _____ No Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone (maison) _____ Téléphone (travail) _____ Lien avec la personne _____
AUTRES PERSONNES POUVANT ÊTRE CONVOQUÉES (grand-parents, autres ascendants, frères et soeurs majeurs sans résidence connue au Québec; autres parents, belle-famille, personnes démontrant un intérêt particulier pour la personne)	
Nom _____ Prénom _____ No Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone (maison) _____ Téléphone (travail) _____ Lien avec la personne _____	Nom _____ Prénom _____ No Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone (maison) _____ Téléphone (travail) _____ Lien avec la personne _____
Nom _____ Prénom _____ No Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone (maison) _____ Téléphone (travail) _____ Lien avec la personne _____	Nom _____ Prénom _____ No Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone (maison) _____ Téléphone (travail) _____ Lien avec la personne _____

14 – Identification du professionnel ayant procédé à l'évaluation

Nom _____	Prénom _____	
Titre _____	Adresse courriel _____	
Signature _____	Date (an-mois-jour) _____	Téléphone _____
	_____	Poste _____
		Télécopieur _____