

**1 – Renseignements généraux**

Nom à la naissance		Prénom	
Date de naissance _____ an-mois-jour		<b>N° de dossier du Curateur public</b>	
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	N° d'assurance maladie		N° de dossier de l'établissement
Nom usuel		Langue usuelle	
N° d'assurance sociale		<input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre _____	
<b>ÉTAT CIVIL</b> <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 _____			
<b>CITOYENNETÉ</b> <input type="checkbox"/> canadienne <input type="checkbox"/> autre _____		<b>INDIEN INSCRIT AU REGISTRE</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui si oui, résidant dans une réserve <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
		<b>ORIGINE ETHNIQUE</b> _____ <b>RELIGION</b> _____	

**2 – Milieu de vie**

- A)  domicile → habite seule  oui  non  chambre et pension  sans domicile fixe
- B)  C.H.S.L.D.  CH (C.H.S.G.S. / C.H.S.P.)
- C)  R.T.F.  R.I.  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)  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**

**Évaluation médicale et psychosociale – volet psychosocial**

<b>Situation financière</b> <i>Information connue de l'évaluateur - suite</i>	
<b>B) Dépenses mensuelles</b>	<b>Montant mensuel (\$)</b>
Hébergement	_____
Loyer ou hypothèque	_____
Taxes scolaires et impôt foncier	_____
Comptes courants	_____
Dépenses personnelles	_____
Autres dépenses _____	_____
<b>Total</b>	_____
<b>C) Patrimoine : actif</b>	<b>Actif (\$)</b>
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.)	_____
_____	_____
<b>Total</b>	_____
<b>D) Patrimoine : passif</b>	<b>Passif (\$)</b>
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.)	_____
<b>Total</b>	_____

**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**


<b>PHYSIQUE</b>	<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**

**10 – Opinion de la personne quant à l’ouverture d’un régime de protection**



Horizontal lines for writing the opinion of the person regarding the opening of a protection regime.

**11 – Conclusion de l’évaluateur sur l’inaptitude et le besoin de protection**



*APPRÉCIATION DE L'INAPTITUDE (incluant obligatoirement le degré d'inaptitude)*

Horizontal lines for writing the evaluator's conclusion on incapacity and need for protection.

*BESOIN D'UN RÉGIME DE PROTECTION*

Horizontal lines for writing the need for a protection regime.



**Évaluation médicale et psychosociale – volet psychosocial**
**13 – Personnes pouvant être convoquées à l'assemblée de parents, d'alliés ou d'amis**
**PERSONNES À CONVOCACTION 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 _____