Formulaire

SIGNALEMENT AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

Les rubriques de ce signalement sont à compléter si son rédacteur détient les informations demandées. Ce formulaire de signalement a été validé par le parquet de Lorient, les Espaces Autonomie Santé et le Département du Morbihan.

Civil (vulnérabilité)

Ensemble des rubriques à compléter sauf la 16

Pénal (maltraitance)

Rubriques 1,2,4,13 et 16 à compléter

1 • Je soussigné(e)

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Fonction :

Structure / Service :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Fax :

Courriel :

2 • Souhaite vous informer de la situation de

(Joindre si possible une copie de la carte d'identité ou un autre document d'identité.)

Madame Monsieur

Nom d'usage :

Prénom(s) :

*** Nom de naissance :**

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) d'entrée :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

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

*** À indiquer impérativement pour le traitement du dossier**

3 • Situation de famille

Veuf(ve)

Marié(e)

Divorcé(e)

Pacsé(e)

Célibataire

Union Libre

Ne sait pas

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 :

4 • Lieu de vie actuel de la personne concernée

La personne est à son domicile

La personne est actuellement hospitalisée
ou hébergée temporairement en établissement

Nom de l'établissement :

Service :

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Nom et prénom du référent et/ou de l'assistant social hospitalier :

Téléphone :

Courriel :

La personne est hébergée chez un tiers

Nom :

Prénom :

Adresse :

Complément d'adresse :

Étage :

Esc / Hall / Bât :

Code(s) d'entrée :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Commentaires :

Un retour à domicile est-il prévu ?

Oui (*si oui, quelle date envisagée*) :

Non

Ne sait pas

5 • Personne(s) proche(s) et relation(s) connue(s)

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

NB : Si vous avez indiqué des coordonnées de proche(s), argumentez les raisons pertinentes pour lesquelles ils ne formulent pas la requête en les inscrivant dans le champ « commentaires » (*ex : entourage opposé à la mesure, n'est pas en capacité de la demander, en rupture familiale, situation particulière etc.*). Vous pouvez préciser des « situations particulières » une absence et/ou un refus de lien avec un membre de la famille

Lien avec la personne concernée :

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 :

Code postal :

Ville :

Tél :

Courriel :

Commentaires :

Lien avec la personne concernée :

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 :

Code postal :

Ville :

Tél :

Courriel :

Commentaires :

6 • Médecin traitant

Oui Non Ne sait pas

Nom :

Prénom :

Informé(e) de la démarche : Oui Non Ne sait pas

Généraliste **Spécialiste** (*préciser la spécialité*) :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Commentaires (*ex : mentionner s'il n'assure pas de suivi régulier et/ou n'a pas vu son patient depuis longtemps*) :

7 • Autre médecin (si pertinent pour la démarche)

Nom :

Prénom :

Informé(e) de la démarche : Oui Non Ne sait pas

Généraliste **Spécialiste** (*préciser la spécialité*) :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Commentaires (*ex : neurologue, médecin hospitalier*) :

8 • Professionnels en lien avec la personne concernée

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

NOM de structure / service :

Type de structure :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

NOM du référent :

Informé(e) de la démarche : **Oui** **Non** **Ne sait pas**

Téléphone :

Courriel :

Commentaires :

NOM de structure / service :

Type de structure :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

NOM du référent :

Informé(e) de la démarche : **Oui** **Non** **Ne sait pas**

Téléphone :

Courriel :

Commentaires :

9 • Notaire ou gestionnaire de biens ou établissement bancaire

(si vous en avez connaissance)

Oui **Non** **Ne sait pas**

NOM de structure / service :

Type de structure :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Commentaires :

10 • Renseignements financiers et patrimoniaux

(si vous en avez connaissance)

Ressources :

Charges :

Dettes ou impayés :

Reste à vivre :

Biens et patrimoine :

11 • Existence d'un mandat de protection future

Oui Non Ne sait pas

Précisez la personne nommée si connue :

Nom :

Prénom :

Type de structure / service :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

12 • 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 :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Commentaires :

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

- Réaliser un descriptif circonstancié des faits récents et / ou anciens, détailler leur nature, mettre en évidence les éléments aggravants ayant motivé 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 les raisons pour lesquelles la famille ne fait pas la démarche elle-même.

14 • 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 (par exemple : sauvegarde de justice, curatelle, tutelle).

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 : (compléter ci-dessous)

15 • Possibilité de la personne concernée à se déplacer

La personne devant être auditionnée par le juge ou le service d'enquête, il est nécessaire de préciser si elle peut se rendre au tribunal, à la gendarmerie / police.

Peut se déplacer

Peut se déplacer avec l'aide d'un tiers. Préciser :

Ne peut pas se déplacer

16 • Complément de signalement portant sur des faits de nature pénale dont la personne adulte vulnérable pourrait être victime

Vous vous interrogez sur des faits de nature pénale dont la personne serait victime. Il vous appartient alors, au titre de l'article 40 du code de procédure pénale, de les signaler au procureur de la République. Il peut s'agir du délit d'abus de faiblesse commis par l'entourage, par les intervenants du domicile, par les démarcheurs ou bien de violences intra-familiales ou autres (physiques, psychologiques, économiques).

Merci d'apporter les précisions suivantes :

- Les dates, lieux et circonstances des faits vous ayant alertés ;
- La description des faits et l'identité de la personne qui les a constatés s'il ne s'agit pas de vous ;
- La description des faits révélés par la victime, qu'elle porte plainte ou non ;
- Si possible depuis quand la vulnérabilité de la personne est constatée ;
- Préciser s'il existe des témoins éventuels ainsi que leurs coordonnées.

Commentaires par ordre chronologique des faits :

Signature :