

**Application de la loi 2007 - 308  
du 5 mars 2007  
Protection Juridique des Majeurs**

**Le**

## **QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS D'AIDE POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE MESURE DE PROTECTION**

**M/ME .....**

**MESURES DE PROTECTION**

1 – **Mesures de protection intervenues antérieurement à l’hospitalisation :**

- Désignation d’un mandataire spécial :  
\* Date : .....
- Mise sous sauvegarde de justice :  
\* Date : .....
- Jugement de mise sous curatelle :  
\* Date : .....
- Jugement de mise sous curatelle Article 472 :  
\* Date : .....
- Jugement de mise sous tutelle :  
\* Date : .....

2 – Quelle est la personne qui prend provisoirement soin des intérêts du malade ?

.....  
.....  
.....

3 – En vertu de quels pouvoirs ?

.....  
.....

**SITUATION DE FAMILLE**

1 – Célibataire    Marié(e)    Veuf(ve)    Séparé(e)    Pacsé(e)    Divorcé(e)    (1)

- \* Depuis le : .....
- \* Depuis le : .....

2 – Nom : ..... Prénom : .....

- \* Nom marital : .....
- \* Date et lieu de naissance : .....
- \* Pays : .....

3 – Conjoint(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

- \* Date et lieu de naissance : .....
- \* Pays : .....

4 – Adresse : .....

5 – Domicile de secours : .....

6 – Instance de divorce - Autres (1)

\* Depuis le : .....

7 – A-t-il/elle des enfants ?  oui  non (1)

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance

8 – Eventuellement, date et lieu de décès du conjoint, d'un enfant etc .....

(1) Rayer la mention inutile

9 – Nom et Prénom du père, de la mère, des frères et / ou des sœurs :

Nom du Père	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance
Nom de la Mère	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance

Nom des Frères et/ou des Sœurs	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance

10 – Adresse de la famille : .....

.....

.....

.....

.....

10.1 – Personne(s) de confiance : .....

.....

10.2 – Autre(s) personne(s) proche(s) : .....

.....

11 – Quel est notaire du malade ? (nom et adresse)

.....

.....

.....

.....

*(1) Rayer la mention inutile*

12 – A-t-il une concession funéraire ?  **oui**  **non** (1)

\* Si oui, indiquer le nom et l'adresse complète.....

.....

.....

.....

<b>DOMICILE</b>
-----------------

1 – Propriétaire	Locataire	Meublé	SDF	Hébergé :	Famille
					Foyer
					Famille d'accueil
					Hospitalisé (1)

\* Nom et adresse

.....

.....

.....

\* Montant du loyer : ..... Charges : .....

\* Forfait Journalier : ..... Autres : .....

2 – Appartement communautaire:     **oui**                     **non** (1)

\* Adresse :

.....

.....

.....

3 – Assurance Responsabilité Civile :

N° : .....

\* Adresse : .....

.....

.....

4 – Assurance Habitation :

N° : .....

\* Adresse : .....

.....

.....

*(1) Rayer la mention inutile*

***Pièces à joindre : Photocopie Carte d'Identité, Passeport, Carte de résidant, etc.***

5 – Autre :

N° : .....

\* Adresse : .....

.....

.....

## EMPLOI

1 – Profession de la personne protégée : .....  
.....  
.....

2 – Nom et Adresse de l'employeur : .....  
.....  
.....

3 – Salaire ou traitement : .....  
.....  
.....

4 – Notification M.D.P.H. : .....  
.....  
.....

5 – Pour les Travailleurs Indépendants :

- Nom de la société : .....
- Raison sociale : ..... N° : .....
- N° URSAFF : .....
- N° Registre de Commerce : .....

## PROTECTION SOCIALE

1 – N° de matricule : .....  
Caisses d'affiliation : .....

2 – Quelles sont les personnes couvertes ? .....  
.....  
.....

3 – Affection longue durée :  **oui**  **non** (1)  
\* jusqu'au : .....

4 – Médecin traitant déclaré : .....

5 - Bénéficie-t-il de la C.M.U. ?  **oui**  **non** (1)  
\* depuis le : .....

6 - Bénéficie-t-il de la C.M.U.C. ?  **oui**  **non** (1)  
\* depuis le : .....

7 - Bénéficie-t-il du Crédit d'impôt ?  **oui**  **non** (1)  
\* depuis le : .....

8 - Bénéficie-t-il d'une mutuelle ?  **oui**  **non** (1)  
\* depuis le : .....

9 - Bénéficie-t-il d'une pension de retraite ?  **oui**  **non** (1)  
\* depuis le : .....

10 – Bénéficie-t-il d'une retraite complémentaire ?  **oui**  **non** (1)  
\* depuis le : .....

11 - Bénéficie-t-il d'une pension d'invalidité ?  **oui**  **non** (1)  
\* depuis le : .....  
\* N° : ..... Catégorie : .....  
\* : Montant.....

*(1) Rayer la mention inutile*

12 - Bénéficie-t-il d'une carte d'invalidité ?  **oui**  **non** (1)  
\* depuis le : .....

\* N° : ..... Catégorie : .....

13 - Bénéficie-t-il d'indemnités journalières ?  **oui**  **non** (1)  
\* depuis le : .....

\* montant journalier : .....

14 - Bénéficie-t-il d'une rente d'accident du travail ?  **oui**  **non** (1)  
\* depuis le : .....

15 - Bénéficie-t-il des assurances chômage ?  **oui**  **non** (1)  
\* depuis le : .....  
\* type d'allocations : .....

16 - Bénéficie-t-il du R.S.A. ?  **oui**  **non** (1)  
\* depuis le : .....

17 - Bénéficie-t-il de la C.A.F. ?  **oui**  **non** (1)  
\* droit à : *(noter les différentes allocations connues dont la personne bénéficie)*  
.....  
.....  
.....  
\* n° : .....  
\* depuis le : .....  
\* adresse : .....  
.....  
.....

18 - Bénéficie-t-il de la M.D.P.H. ?  **oui**  **non** (1)  
\* décision depuis le : .....  
\* carte d'invalidité  **oui**  **non** (1)  
\* A.A.H. : ..... % Décision du : ..... au .....  
\* R.Q.T.H. : .....  
\* S.A.M.S.A.H. : .....  
\* S.A.V.S. : .....  
\* Prestations de compensation du handicap : .....  
\* Orientations : .....

19 – Si le malade est titulaire d'une pension (civile, militaire, des assurances sociales, etc.), nous en indiquer la nature, le montant trimestriel et nous faire parvenir les livrets de pensions, livret militaire, carte de combattant, notification de pension, majoration pour enfants, etc.  
.....  
.....  
.....  
.....



**PATRIMOINE : Biens Mobiliers / Biens Immobiliers**

1 – Le malade est-il propriétaire de biens immobiliers (maisons, terres, etc.) ?

**oui**       **non**    (1)

2 – Préciser la nature exacte, la superficie, la valeur, les revenus, la dernière déclaration de récolte, le lieu-dit, le numéro de la matrice cadastrale :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3 – Ces biens sont-ils exploités par une tierce personne ?  **oui**       **non**    (1)

4 – Noms et Adresses des locataires :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5 – Valeur locative de ces biens, conditions de location :

.....  
.....  
.....

6 – Ces biens sont-ils personnels ou indivis ?  **oui**       **non**    (1)

– Dans ce dernier cas, indiquer les noms et adresses des personnes comprises dans l’indivision et la part du malade dans les revenus de ces biens

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

7 – Est-il bénéficiaire d’une rente viagère ?                     **oui**                     **non**                    (1)  
– Si oui, quel en est le montant annuel ?

.....  
.....

8 – Nom et adresse du débirentier :

.....  
.....  
.....

9 – Le malade possède-t’il des valeurs mobilières (rentes, actions, obligations, etc.) ?

**oui**                     **non**                    (1)

– Si oui, en indiquer la nature, le numéro, les noms et adresses des personnes qui les détiennent :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

10 – Possède-t-il une voiture ?                     **oui**                     **non**                    (1)

\* N° du permis de conduire : .....

11 – Possède-t-il un véhicule à moteur ?                     **oui**                     **non**                    (1)

\* N° du permis de conduire : .....

12 – Ce malade a-t’il des comptes bancaires ?                     **oui**                     **non**                    (1)

– Nom : ..... N° : .....

– Nom : ..... N° : .....

– Nom : ..... N° : .....

– Nom : ..... N° : .....

13 – Créances à recouvrer (indiquer le genre de créances, les nom et adresse des débiteurs)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

14 – Assurance Vie :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

15 – Placements divers :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

16 – Dettes à payer (indiquer la nature, le montant et le nom des créanciers)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

17 – Successions en cours (indiquer les successions dans lesquelles le malade est intéressé ainsi que les nom et adresse des notaires liquidateurs)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

18 – Instances en cours (indiquer tous les procès dans lesquels le malade est engagé ainsi que les nom et adresse des avoués)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1– Mesures conservatoires déjà prises :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2 – Un inventaire a-t'il été fait et par qui ?

.....  
.....  
.....  
.....

3 – Les scellés ont-ils été apposés ?

oui

non

(1)

4 – Nom et adresse de la personne qui détient les clés :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

A .....

Le.....

**Le professionnel**

**la personne à protéger**