

Requête en vue d'une protection juridique d'un majeur (habilitation familiale ou protection judiciaire)

(Articles 425, 494-1 et suivants du code civil, articles 1217 et suivants du code de procédure civile)

Vous souhaitez obtenir une protection juridique pour vous-même, votre conjoint, votre partenaire de PACS, votre concubin, un parent, un allié ou une personne avec laquelle vous entretenez des liens étroits et stables.

Vous devez joindre à votre demande, sous peine d'irrecevabilité, un certificat médical circonstancié en application de l'article 431 du code civil et des articles 1218, 1219 et 1260-3 du code de procédure civile rédigé par un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République.

Nous vous invitons à lire attentivement la notice n° 52257 avant de remplir ce formulaire.

Votre requête :

Votre requête concerne une demande pour (possibilité de cocher les deux cases) :

- ☐ une habilitation familiale ☒ la protection judiciaire d'un majeur

Votre qualité, vous êtes :

- ☐ le majeur à protéger
☐ son conjoint
☐ son concubin
☐ son partenaire de PACS

Si la communauté de vie a cessé, précisez la date : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- ☐ un ascendant, descendant, frère ou sœur
☐ un autre parent ou allié

Précisez (exemples : neveu, belle-fille, beau-frère... : attention ces personnes ne peuvent être habilitées à assister ou représenter le majeur dans le cadre d'une habilitation familiale) :

- ☐ une personne entretenant des liens étroits et stables avec la personne à protéger

Précisez (exemples : ami, voisin, etc.) : _____

- ☐ la personne qui exerce déjà une mesure de protection juridique à l'égard du majeur concerné
Précisez (exemples : personne habilitée en justice, curateur, etc) : _____

☒ Autre
HOPITAL SUISSE DE PARIS
10, rue Minard
92130 ISSY LES MOULINEAUX
N° Finess 92 0150026

Votre identité et vos coordonnées :

☒ Madame ☐ Monsieur

Votre nom de famille (nom de naissance) : _____

Votre nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : _____

Vos prénoms : _____

Vos date et lieu de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

0.

Votre (ou vos) nationalité(s) : Togolaise KENE-CORAIL Natché

Votre profession : Conseillère en Économie Sociale et Familiale

Votre adresse: Hôpital Suisse de Paris - Service social

Complément d'adresse : 10 Rue Flandre

Code postal 92130 Commune : Issy-les-Moulineaux

Pays : France

Adresse électronique : _____

Numéro de téléphone : 02 42 33 20 6

Identité et coordonnées de la personne à protéger :

☒ Madame ☐ Monsieur

Son nom de famille (nom de naissance) : BLONDEL

Son nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : THOMAS

Ses prénoms : Anne-Doré, Louise, Paulette

Ses date et lieu de naissance : 09/21/92-61

à Paris 19, rue

Sa (ou ses) nationalité(s) : française

Sa profession : Retraite

Son adresse : 67 Boulevard Exelmans

Complément d'adresse : _____

Code postal 75016 Commune : PARIS

Pays: France

Adresse électronique : _____

Numéro de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Et (si la personne réside dans un autre lieu)

L'adresse de sa résidence (exemple : lieu d'hospitalisation, établissement d'accueil) :

Était hospitalisée à l'HSP depuis le 27/05/2023 et a intégré la Résidence Saint Joseph (EHPAD à Clamart) le 11/07/2023.

Code postal : _____ Commune : _____
Pays : _____
Date d'accueil : _____

Existence d'un mandat de protection future :

Un mandat de protection future a-t-il été rédigé par la personne à protéger ? ☐ oui ☒ non
Si oui, veuillez indiquer le numéro du mandat : _____

Ce mandat a-t-il été mis en œuvre ? ☐ oui ☐ non

S'il n'a pas été mis en œuvre, indiquer la raison :

Votre demande :

Vous demandez au juge des tutelles de prononcer une :

- ☐ habilitation familiale en vue d'assister le majeur pour certains actes précis
- ☐ habilitation familiale en vue de réaliser un ou plusieurs actes précis
- ☐ habilitation familiale générale
- ☒ sauvegarde de justice (temporaire) *avec nomination d'un mandataire en urgence*
- ☐ curatelle simple (assistance uniquement)
- ☐ curatelle renforcée (perception des revenus et paiement des factures)
- ☐ tutelle allégée (certains actes peuvent être faits par le majeur)
- ☐ tutelle : représentation de la personne à protéger

La mesure de protection doit concerner :

- ☐ le patrimoine et les biens du majeur à protéger
- ☐ la personne du majeur à protéger (décisions médicales, relations avec les tiers, voyages...)
- ☒ les biens et la personne du majeur

Précisez les motifs de la demande de protection (indiquez ce qui justifie selon vous l'organisation d'une mesure de protection ou le prononcé d'une habilitation familiale. Indiquez les procurations et mandats existants) :

Précisez les actes urgents à réaliser (vente d'un bien immobilier, signature d'un contrat de séjour en établissement) ou prévisibles dans le délai d'une année :

- Existe-t-il une situation de danger pour le majeur à protéger ? ☐ oui ☒ non

La personne à protéger a-t-elle désigné une ou plusieurs personnes pour la représenter ?

☐ oui ☒ non

Si oui, veuillez indiquer son/leur identité :

☐ Vous-même☐ Madame ☐ Monsieur

Son lien avec le majeur à protéger : _____

Son nom de famille (nom de naissance) : _____

Son nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : _____

Ses prénoms : _____

Ses date et lieu de naissance : |_|_|-|_|-|_|_|_|_|_|

Sa (ou ses) nationalité(s) : _____

Sa profession : _____

Son adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Pays : _____

Adresse électronique : _____

Numéro de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ oui ☐ non☐ Vous-même☐ Monsieur

Son nom de famille (nom de naissance) :

Son nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : _____

Ses prénoms : _____

Ses date et lieu de naissance : |_|_|-|_|-|_|_|_|_|

à _____

Sa (ou ses) nationalité(s) : _____

Sa profession : _____

Son adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : Commune :

Pays : _____

Adresse électronique : _____

Numéro de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Quelle est la personne que vous estimez la plus compétente pour représenter la personne à protéger :

☐ Vous-même

~~20~~ Mandataire extérieur

☐ La personne désignée par le majeur à protéger ci-dessus visée

☐ La personne désignée par les parents du majeur à protéger ci-dessus visée

☐ Madame☐ Monsieur

Son lien avec le majeur à protéger : _____

Son nom de famille (nom de naissance) : _____

Son nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : _____

Ses prénoms : _____

Ses date et lieu de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sa (ou ses) nationalité(s) : _____

Sa profession : _____

Son adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____
Pays : _____
Adresse électronique : _____
Numéro de téléphone : _____

Avis de la personne à protéger sur la mesure de protection :

La personne à protéger :

- ☐ est favorable à la mesure
- ☐ est opposée à la mesure
- ☐ n'a pas d'avis sur la mesure
- ☐ n'est pas en état de donner un avis, même non éclairé, sur la mesure
- ☒ n'est pas informée de votre demande

Situation personnelle de la personne à protéger :

Concernant l'entourage de la personne à protéger, selon le cas :

- ☐ à votre connaissance, le majeur à protéger n'a pas de famille ou d'ami ;
- ☒ à votre connaissance, le majeur à protéger a une famille, un entourage, composé de :

NOM et Prénom	Lien (mère, fils, frère, cousin, amis, etc.)	Adresse	Relations habituelles avec la personne à protéger (oui/non)
		cf note sociale	

Concernant le médecin traitant de la personne à protéger :

A votre connaissance, la personne à protéger a-t-elle un médecin traitant ? ☒ oui ☐ non

Si oui, préciser :

Son nom et son prénom : Dr COMBASTET Philippe

Son adresse : 13 Rue Vorize

Complément d'adresse : _____

Code postal 75006 Commune : Paris

Pays : France

L'audition du majeur à protéger par le juge :

Vous estimez que le majeur à protéger :

☐ peut se déplacer et être entendu au tribunal

☒ peut se déplacer et être entendu au tribunal, mais uniquement avec l'aide d'un tiers. En ce cas, précisez l'identité et les coordonnées de la personne qui peut l'accompagner au tribunal, sous réserve de l'accord du juge : _____

A votre connaissance, le majeur à protéger a-t-il un avocat habituel ? ☐ oui ☒ non

Si oui, précisez ses coordonnées : _____

Le majeur à protéger souhaite-t-il être accompagné par cet avocat ? ☐ oui ☒ non

Situation patrimoniale de la personne à protéger :

Quels sont les revenus de la personne à protéger (salaires, allocations, pensions...) ?

Retraite et complément
Ressources Immobilières (perçues à tous les 3 mois)
Revenu de salarisation (approuvé dans le 15^{ème})

Quelle est la composition du patrimoine de la personne à protéger (comptes bancaires, placements, assurance-vie, biens immobiliers...) ?

à titre indicatif - Cf note sociale

Une personne détient-elle des procurations sur les comptes de la personne à protéger ?

☐ oui ☐ non

Si oui, préciser :

Son nom et son prénom : NSP

Son adresse : _____
Complément d'adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Pays : _____

Quelles sont les charges de la personne à protéger (loyers, impôts, charges de copropriété, ...) ?

- loyers
- Impôts
- Charges diverses

Votre consentement à la transmission électronique des avis, récépissés, convocations

Vous souhaitez consentir à la transmission électronique des avis, récépissés et convocations adressés par le greffe à une partie par tous moyens, par lettre simple ou par lettre recommandée.

Vous devez pour cela remplir le formulaire cerfa n° 15414 "Consentement à la transmission par voie électronique".

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) (prénom, nom) : Service Social - Nadine BENE-CORAIL Antie
certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts.

Fait à : Issy - Les Moulinaux Le 20.07.2023

Signature

HOPITAL SUISSE DE PARIS
10, rue Minard
92130 ISSY LES MOULINEAUX
N° Finess 92 0160026