

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) :

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 complémentaires
Ressources immobilières (perçues sur tous les 3 ans)
Reverse de salaires (approuvés 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 - Nadoua BENE-CORAIL Artère
certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts.

Fait à : Issy-les-Moulineaux Le 20.07.2023

Signature

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