|  |  |
| --- | --- |
|   |  |
|  | **Rapport 20xx** |
|  |

Personne concernée :

Curateur :

(*A remplir par le curateur*)

Situation du curateur

1. Nom et prénom :
2. Adresse :
3. Courriel :
4. Téléphone :
5. Etes-vous un curateur (*entourez ce qui convient*) :
6. professionnel
7. milicien
8. membre de la famille

**Situation de la personne concernée**

1. Nom et prénom :
2. Date de naissance :
3. Adresse (domicile légal) :
4. Résidence :
5. Téléphone :
6. Nationalité :
7. Titre de séjour et en Suisse depuis :
8. Origine :
9. Etat civil :
10. Enfants (noms, prénoms, dates de naissance) :
11. Mesure en cours (art.) ?
12. Limitation des droits civils (oui/non) :
13. Décision de l’APEA du :

**Evolution de la personne concernée**

1. Situation personnelle et familiale
2. Lieu de vie
3. Réseaux et encadrement (familial, amical, médical, aide à domicile, etc.)
4. Situation médicale (avec coordonnées du médecin-traitant et autres)
5. Questions spécifiques
6. La personne concernée a-t-elle établi un mandat pour causes d’inaptitude ?
7. La personne concernée a-t-elle établi des directives anticipées ?
8. La personne concernée a-t-elle rédigé ou fait rédiger un testament ?
9. La personne concernée a-t-elle conclu un pacte successoral ?
10. La personne concernée a-t-elle conclu un contrat de prévoyance funéraire ?

**Evolution de la situation financière**

1. Situation professionnelle
2. Situation financière
3. Situation patrimoniale (immeuble, terrain, hoirie, société, etc.)
4. Regard sur les objectifs de l’année écoulée et objectifs futurs
5. Modifications influant la situation financière (lieu de résidence, versement / modification de rentes, assurances, activité professionnelle, comptes bancaires ou autres)
6. Grosse variation de fortune / dépenses / achats importants
7. Remarques

**Evaluation de la mesure et propositions du curateur**

1. La mesure actuelle est-elle toujours adaptée à la situation de la personne concernée ?
2. Si non, doit-elle être renforcée, allégée ou levée et pourquoi ?
3. Propositions du curateur

**Votre travail de curateur**

1. Comment se passe la collaboration avec la personne concernée ?
2. Souhaitez-vous continuer la prise en charge de cette mesure ?
3. Si vous désirez arrêter votre mandat, quelles en sont les raisons ?
4. Avez-vous des remarques particulières ?

**Estimation du temps consacré au mandat/rétribution du curateur**

1. Demandez-vous des honoraires ?
2. Si oui, indiquez le compte bancaire sur lequel ces honoraires devront être versés

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Critères de facturation :

Suivi social : Nombre d’entretiens avec/pour la personne : [ ]  hebdomadaire [ ]  mensuel [ ]  trimestriel [ ]  moins de 4/an

 Nombre de rencontres de réseaux : [ ]  aucune [ ]  1 à 3 par année

 [ ]  davantage :

 Contacts avec/pour la personne : [ ]  quotidien [ ]  hebdomadaire

 (téléphoniques ou courriel) [ ]  1 à 2/mois [ ]  moins de 1/mois

Travail administratif :

[ ]  pas de gestion de factures

[ ]  gestion de factures courantes et autres démarches usuelles (demande de subventions, déclaration d’impôts…)

[ ]  démarches supplémentaires en plus de la gestion des factures courantes (demande de bourse, demande PC, demandes de fonds, arrangement paiement, affiliation AVS, remise d’impôts, autres demandes auprès des assurances sociales…)

[ ]  gestion supplémentaire importante (litige à régler, procédure juridique, gestion immobilière, travail fiduciaire, gestion de salaire …) à préciser :

Divers :

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature curateur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La personne concernée a la capacité de discernement  : [ ]  oui [ ]  non

(En cas de réponse négative joindre le certificat médical)

La personne concernée souhaite être entendue par l’APEA concernant ses comptes et / ou le présent rapport : [ ]  oui [ ]  non

Remarques de la personne concernée :

Par sa signature, la personne concernée atteste avoir pris connaissance du présent rapport

(si capacité de discernement)

Date : Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_