

Dossier personnel et familial de



Les Papillons blancs de Paris
85 rue la Fayette 75009 Paris
www.lespapillonsblancsdeparis.fr
Email : contact@papillonsblancsdeparis.fr



Sommaire

I - Vie personnelle	3
1. Etat Civil	3
2. Mesure de protection juridique	4
3. Informations administratives	6
4. Revenus	15
5. Aides / Allocations	16
6. Assurances personnelles	16
7. Loisirs	17
8. Vacances	17
9. Religion	19
II - Vie familiale et dispositions financières	20
1. Etat civil des parents	20
2. Etat civil des frères et sœurs / membres de la famille / proches	20
3. Pension de réversion	21
Rente-Survie	21
Assurance – Vie Classique	22
Informations en vue d’une éventuelle succession	22
III - Santé	23
Informations générales	23
Vaccinations	25
Maladies importantes (diabète, épilepsie, hépatite B, HTA)	25
Opérations chirurgicales importantes	25
Allergies	26
Personne de confiance dans le domaine médical et directives anticipées	26
7. Observations ou précisions importantes à connaître	26
VI - Patrimoine	27
1. Biens mobiliers de la personne	27
2. Biens immobiliers de la personne	28
V - Et demain ?	30
1. Hébergement envisagé pour la personne	30
2. Obsèques de la personne	30

I - Vie personnelle de

1. Etat Civil

Nom : Prénom(s) :

Sexe :

Date et lieu de naissance : le : à : (Département :)

Téléphone personnel :

Code PUK : Code PIN :

Adresse électronique : @.....

Mot de passe Messagerie :

Situation familiale : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Parent ☐

Copie de la Carte d'identité et date de validité :

En 2014, la durée de validité de la carte d'identité d'une personne majeure est passée de 10 à 15 ans.

En cas de rédaction d'un avis de recherche :

Prévoir une photo récente et ressemblante (10x15cm)**Contact prioritaire (famille/mandataire) :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone portable :

Téléphone fixe :

Adresse électronique :@.....

Personne 2 à contacter :

Nom :

Prénom :

Téléphone portable :

Téléphone fixe :

Adresse électronique :@.....

Hébergement / adresse personnelle (famille, coliving...) :

.....
 Ou/et Nom de la structure :
 Adresse :
 Téléphone portable :
 Adresse électronique :@.....
 Personne à contacter :

Copie des documents (contrat, livret...)

Etablissement d'accompagnement (SAAD, SAVS, SAMSAH, Dispositifs d'aide à l'emploi) :

Nom de la structure :
 Adresse :
 Téléphone portable :
 Adresse électronique :@.....
 Personne à contacter :

Copie contrats

2. Mesure de protection juridique

La personne bénéficie-t-elle d'une mesure de protection ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, par quel tribunal a-t-elle été prononcée ?

.....

La mesure effective prononcée est une :

Sauvegarde de justice ☐

Curatelle simple ☐

Curatelle aménagée ☐

Personne ☐

Biens ☐

Curatelle renforcée ☐

Personne ☐

Biens ☐

Tutelle ☐

Personne ☐

Biens ☐

Habilitation familiale ☐

Générale ☐

En représentation ☐

Personne ☐

Biens ☐

En assistance ☐

Mandat ad hoc ☐

Date de la mesure d'origine :

Années de renouvellement :

Exemption du CRG (compte rendu de gestion comptable)

Rapports de situation / diligences envoyés les :

Mesure à renouveler le :

Cf tableau des droits

Copie des jugements

Copie extrait acte de naissance

Existe-t-il :

- un conseil de famille ? OUI ☐ NON ☐

- des cotuteurs ou co-curateurs ? OUI ☐ NON ☐

- des subrogés tuteurs ou subrogés curateurs ? OUI ☐ NON ☐

- un partage mandataire familial / un mandataire professionnel ? OUI ☐ NON ☐

- un professionnel qualifié désigné pour le contrôle des comptes de gestion ? OUI ☐ NON ☐

- une personne de confiance ? OUI ☐ NON ☐

Nom et coordonnées des mandataires / professionnel qualifié :

.....

Nom et coordonnées de la personne de confiance :

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

Souhaits de la personne en situation de handicap pour assurer sa protection juridique future :

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

Souhaits des parents du proche en charge :

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

Testament de la personne handicapée devant le Notaire

Copie adressée au juge le :

Testament olographe

Copie adressée au Juge le :

Copie des documents

3. Informations administratives

☐ **Transports**

Passe Navigo :

Passe Navigo Accompagnant :

Code accès compte Navigo :

☐ **Sécurité Sociale, MSA, autres régimes :**

N° d'immatriculation :

Adresse du centre :

Affection Longue Durée - ALD (prise en charge 100 % --- totale ou partielle) : OUI ☐ NON ☐

Date limite :

Copie attestation de droits

Cf tableau des droits

Compte Ameli :

Code d'accès :

Mot de passe :

Adresse mail de référence :

Portable :

☐ **Mutuelle** ☐ **ou CSS** ☐ :

N° d'adhérent :

Adresse :

Copie carte de mutuelle

Cf tableau des droits

Maison Départementale de la Personne Handicapée (MDPH)

N° de dossier :

MDPH du département :

Coordonnées :

☐ **Carte Mobilité Inclusion (CMI) invalidité**

Pourcentage :

Besoin d'accompagnement : oui non

N° de carte :

Délivrée le :

Fin de validité :

Copie carte

Cf. tableau des droits

☐ **Carte Mobilité Inclusion (CMI) Priorité**

Pourcentage :

Besoin d'accompagnement : oui non

N° de carte :

Délivrée le :

Fin de validité :

Copie carte

Cf. tableau des droits

☐ **Carte Mobilité inclusion (CMI) Stationnement**

N° de carte :

Délivrée le :

Fin de validité :

Copie carte

Cf tableau des droits

☐ **Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et éventuellement Majoration pour la Vie Autonome (MVA)**

☐ **Allocation d'éducation aux enfants handicapés (AEEH) jusqu'à 20 ans et compléments :**

Caisse d'affiliation (CAF) :

Code CAF internet :

N° allocataire :

Echéance :

RIB compte de versement (bénéficiaire ou parents) :

Copie de la notification

Cf tableau des droits

☐ **N° référence DSOL de Paris (Direction des Solidarités) pour le versement des prestations suivantes:**

.....

Adresse :

☐ **Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) :**

Compte bancaire bénéficiaire :

Nom :

Coordonnées bancaires :

☐ **Prestation de Compensation du Handicap (PCH) :**

PCH [élément 1] aide humaine : notification MDPH

Emploi direct, plan d'aide, contrat de travail CESU

Service mandataire ou prestataire contrat, factures

Aidant familial notification échéance, versement

Forfait surdicécité

Dates de validité :

PCH établissement

Dates de validité :

PCH [élément 2] aides techniques

Dates de validité :

PCH [élément 3] aménagement du logement, du véhicule, surcoût lié au transport conserver les justificatifs

Dates de validité :

PCH [élément 4] charges spécifiques (consommables protections, loisirs sportifs)

Dates de validité :

PCH [élément 4] exceptionnelles (frais de séjours adaptés), réparations de fauteuils ou audioprothèses liée au handicap avance et remboursement sur justificatifs

Dates de validité :

PCH [élément 5] aide animalière

Dates de validité :

PCH parentalité exclusivement pour les parents en situation de handicap (aide humaine à la parentalité et aide technique à la parentalité)

Dates de validité :

Copie des notifications

Cf tableau des droits :

- Orientations de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH et mise en œuvre (p. 10, 11, 12, 13)

PERIODES SCOLAIRES		
Notifications - dates de validité /coordonnées	Entrée	Sortie
<i>Exemples : Etablissement scolaire ULIS, SESSAD, AESH (ex AVS), IME...</i>	<i>.../.../...</i>	<i>.../.../...</i>

Copie des notifications

PARCOURS PROFESSIONNEL		
Notifications - dates de validité / coordonnées	Entrée	Sortie
<i>Exemples :</i> IMPRO, SAS, ESAT, MILIEU ORDINAIRE, FORMATIONS PROFESSIONNELLES	.../.../...	.../.../...

Copie des notifications

LOGEMENT		
Notifications/coordonnées	Entrée	Sortie
<i>Exemples :</i> <i>Foyers d'hébergement, Foyers de vie, Accueils temporaires, FAM, MAS</i>	<i>.../.../...</i>	<i>.../.../...</i>

Copie des notifications

ACCOMPAGNEMENTS / ACTIVITES		
Notifications - dates de validités /coordonnées	Entrée	Sortie
<i>Exemples :</i> SAVS, SAMSAH, CAJ, CAJM, services d'accompagnements à l'emploi	.../.../...	.../.../...

Copie des notifications

AIDES SOCIALES LEGALES

- ☐ **HEBERGEMENT**
- ☐ **ACCOMPAGNEMENT**

Adresse du domicile de secours : Conseil Départemental de :		
Notifications - dates de validités /coordonnées	Entrée	Sortie
Exemples : Foyers d'hébergements, foyers de vie, Accueil temporaire, FAM, SAVS, SAMSAH, CAJ, CAJM	.../.../...	.../.../...

Copie des notifications

Etablissements privés et/ou accompagnements sans notification MDPH et donc sans aide sociale légale :

.....

.....

.....

.....

.....

4. Revenus

Nom de l'employeur ou association gestionnaire :

.....

.....

Lieu de l'activité :

.....

Copies des contrats de travail

Rémunération :

.....

Autres revenus :

.....

Prime d'activité :

.....

Pension de réversion :

.....

Rente (viagère, survie, épargne handicap...) :

.....

Retraite :

.....

Autres : (pension d'orphelin, loyer)

.....

▲ Certains revenus viennent en déduction du montant de l'AAH

5. Aides / Allocations

Espace Parisien des Solidarités (EPS) :

- ☐ Paris Solidarités PSOL : <https://www.paris.fr/pages/minimas-sociaux-garanties-de-ressources-3846>
- ☐ Complément Santé Paris : <https://www.paris.fr/pages/aides-a-la-sante-3869>

▲ Ces deux aides sont récupérables sur succession

Caisse d'allocation familiale :

- ☐ Aide personnalisée au logement (APL)
- ☐ Allocation de logement familial (ALF)
- ☐ Allocation de logement social (ALS)

6. Assurances personnelles

Responsabilité civile :

.....

N° de contrat et coordonnées de l'assureur :

.....

.....

Habitation :

.....

Voiture, moto, vélo, trottinette, fauteuil roulant :

.....

Téléphone, lunettes, prothèses auditives, ordinateur :

.....

N° de contrat et coordonnées de l'assureur :

.....

.....

Copies des contrats

7. Loisirs

Nom du club de loisirs :

Organisateur :

Coordonnées :

Type d'activité :

Lieu de l'activité :

Nom et coordonnées de l'animateur :

Nom du club de loisirs :

Organisateur :

Coordonnées :

Type d'activité :

Lieu de l'activité :

Nom et coordonnées de l'animateur :

Nom du club de loisirs :

Organisateur :

Coordonnées :

Type d'activité :

Lieu de l'activité :

Nom et coordonnées de l'animateur :

PCH frais spécifiques (élément 4)

Pass' Sport Paris (6 à 30 ans)

Copies des plannings, des factures

8. Vacances

Habitudes de vacances :

Vacances en familles :

Séjours adaptés :

Nom et coordonnées de l'organisme :

Copie des programmes, des factures

PCH charges exceptionnelles (élément 4)

Chèques ANCV

Aide exceptionnelle à voir avec l'Espace Parisien de Solidarité de son arrondissement (ex CASVP)

Dispositif Paris Jeunes Vacances (16 à 30 ans)

9. Religion

La personne pratique-t-elle une religion ?

OUI ☐ NON ☐ Ne souhaite pas s'exprimer ☐

Si oui, la religion de la personne implique-t-elle des pratiques spécifiques ?

.....

.....

.....

.....

II - Vie familiale de

1. Etat civil des parents

Nom :
 Prénom(s):
 Date et lieu de naissance :
 Leà.....
 Situation familiale :

Nom :
 Prénom(s):
 Date et lieu de naissance :
 Leà.....
 Situation familiale :

Date de décès éventuel :
 Profession :
 Adresse postale :

 Adresse électronique :
 Téléphone :

Date de décès éventuel :
 Profession :
 Adresse postale :

 Adresse électronique :
 Téléphone :

2. Etat civil des frères et sœurs / membres de la famille / proches

Nom :
 Prénom :
 Qualité :
 Date et lieu de naissance :
 Situation familiale :
 Enfants :
 Adresse postale :

 Adresse électronique :
@.....
 Téléphone :

Nom :
 Prénom :
 Qualité :
 Date et lieu de naissance :
 Situation familiale :
 Enfants :
 Adresse postale :

 Adresse électronique :
@.....
 Téléphone :

Nom :
 Prénom :
 Qualité :
 Date et lieu de naissance :
 Situation familiale :
 Enfants :
 Adresse postale :

 Adresse électronique :
@.....
 Téléphone :

Nom :
 Prénom :
 Qualité :
 Date et lieu de naissance :
 Situation familiale :
 Enfants :
 Adresse postale :

 Adresse électronique :
@.....
 Téléphone :

3. Pension de réversion

Une pension de réversion existera-t-elle au profit de la personne ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, désignez le nom de la Caisse ainsi que ses coordonnées :

.....

4. Rente-Survie

Existe-t-il une rente-survie souscrite au bénéfice de la personne ? OUI ☐ NON ☐

Désignation du souscripteur :

.....

Catégorie :

.....

5. Assurance – Vie Classique

Existe-t-il une assurance-vie souscrite au bénéfice de la personne ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, indiquez les nom et adresse de l'organisme :

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

N° de police :

Nom et prénom du souscripteur :

Observations :

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

6. Informations en vue d'une éventuelle succession

Existe-t-il des dispositions testamentaires à l'intention de la personne ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, indiquez les nom et adresse du notaire :

.....
.....

Observations ou précisions éventuelles (lettre de famille) :

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

III - Santé de.....

1. Informations générales

Identification du handicap :

Troubles du comportement connus :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nécessité d'un appareillage : (auditif, lunettes, lentilles, dentaire, cardiaque, autres...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Coordonnées du médecin traitant :

.....

Code Doctolib :

.....

Utilisation dossier médical partagé (DMP) : OUI ☐ NON ☐

.....

Utilisation de Mon parcours Santé : OUI ☐ NON ☐

.....

Coordonnées du SSIAD :

.....

.....

Prise en charge CMPP ou CMP ou hôpital de jour :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom et adresse du chirurgien-dentiste :

.....

.....

Nom et adresse des spécialistes et récurrence des visites autres (psychiatre, cardiologue, gynécologue, ophtalmologue, etc...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Vaccinations

	Date de vaccin	Date de rappel
Tétanos		
Polio		
Diphtérie		
Coqueluche		
Covid		
Grippe		
Autres		

3. Maladies importantes (diabète, épilepsie, hépatite B, HTA)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Opérations chirurgicales importantes

Type d'opération, date d'intervention, et conséquences éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Allergies

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Personne de confiance dans le domaine médical et directives anticipées

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, indiquez les nom, prénom, et adresse de la personne de confiance :

Date :

.....

.....

.....

.....

.....

Copie des directives anticipées

7. Observations ou précisions importantes à connaître

La personne a-t-elle manifesté un refus d'un don de ses organes ? OUI ☐ NON ☐

Inscription au registre des refus des dons d'organes (www.registrenationaldesrefus.fr)

Autres :

.....

.....

.....

.....

.....

VI - Patrimoine de

1. Biens mobiliers de la personne

Comptes courants :

N° de compte :

Coordonnées de l'agence bancaire :

.....

.....

.....

.....

.....

La personne dispose-t-elle d'une carte de retrait ? OUI ☐ NON ☐

La personne dispose-t-elle d'une carte bancaire de paiement ? OUI ☐ NON ☐

La personne dispose-t-elle d'un chéquier ? OUI ☐ NON ☐

Informations complémentaires : (Possibilité ou non d'achat internet)

.....

.....

.....

.....

Comptes et livrets :

Livret A :

Livret Développement Durable :

Compte Epargne Logement :

Autres : PEA, PEL, Livret jeune :

Assurance Vie Contrat Epargne Handicap

Existe-t-il un ou plusieurs contrats Epargne Handicap ouvert par la personne ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, indiquez les nom et adresse des organismes :

.....

.....

.....

.....

N° de police :

Observations :

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

Indiquez les N° de compte et coordonnées de l'établissement bancaire :

1.....
.....
.....

2.....
.....
.....

3.....
.....
.....

4.....
.....
.....
.....

2. Biens immobiliers de la personne

Indications (sommaires) du (des) immeuble(s) :

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

Adresse(s) et situation(s) cadastrale(s) :

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

Adresse(s) du (des) notaire(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres biens (parts de SCI, GFA)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V - Et demain ? Pour.....

1. Hébergement envisagé pour la personne

En cas d'impossibilité de rester au domicile familial :

La personne a-t-elle exprimé sa volonté de vivre ou évoluer en un lieu particulier ?

Si oui, indiquez son ou ses choix :

.....

.....

.....

Si la personne ne peut exprimer ses souhaits, quels sont ceux de ses parents ?

.....

2. Obsèques de la personne

Un **contrat obsèques** a-t-il été souscrit pour la personne ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, indiquez les nom et adresse de l'organisme ou du bénéficiaire :

.....

.....

.....

.....

La personne a-t-elle manifesté son souhait sur la pratique funéraire à employer ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, par : inhumation ☐ crémation ☐

Lieu de sépulture désiré, commune de :

Caveau au nom de :

Modalités :

☐ Civile :

☐ Religieuse (indiquez le culte) :

☐ Cérémonie particulière :

Si la personne ne peut ou n'a pu s'exprimer sur ce sujet, quelles sont les souhaits de ses proches ?

.....

.....

BLOCS - NOTES :

(Mes habitudes de vie, ce que j'aime et ce que je n'aime pas)

This image shows a full page of a document template designed for handwriting practice. It consists of a series of evenly spaced, horizontal dashed lines across the entire width of the page. There are no margins, text, or other markings present.

